№ 10 PAŹDZIERNIK 1923 R. ROK XVIII

# KRONIKA DENTYSTYCZNA

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

## W sprawie leczenia przedziurawień koron i korzeni zębów.

Podał

**M. Krakowski.**

Poruszona tu sprawa, z praktycznego punktu widzenia nader ważna, w piśmiennictwie dentystycznem rzadko bywa omawiana. Zdawałoby się, iż przypadki przedziurawień koron i korzeni zębów tego lub innego pochodzenia, nieraz wikłające pracę podczas leczenia, stanowią zjawisko rzadkie. Praktyka jednak stwierdza, iż tak bynajmniej nie jest. Przedziurawienia (perforacje), o których tu mowa, czy to są pochodzenia naturalnego wskutek próchnicy, lub też urazowego, są zjawiskiem dosyć częstem. Drugi rodzaj przedziurawień, spotykany nietylko w praktyce młodszych kolegów, tembardziej nie może być uważany za zjawisko rzadkie, z którem nie należałoby poważnie się liczyć. W rozmowach z kolegami nieraz wyczuwa się bezradność wobec tego rodzaju powikłań; również stwierdzić można różnorodność poglądów, dotyczących tej sprawy. Wiemy również dobrze, jaki chaos pod tym względem panował a i obecnie panuje wśród nauczycieli dentystyki. Każdy miał i ma swój sposób postępowania. A ile zębów padło ofiarą tych chaotycznych poglądów, nieraz będących w sprzeczności z podstawami naukowemi!

Przedziurawienia pochodzenia próchnicowego mogą być umiejscowione w różnych odcinkach zęba i mają charakter przeważnie przewlekły.

Przedziurawienia urazowe są wynikiem manipulowania świdrem w zębie. Zdarzają się tak w koronie zęba, jak i korzeniu, przeważnie zaś w ostatnim.

Przedziurawienia pochodzenia próchnicowego łatwe są do rozpoznania. Zwykle wybujała ziarnina, pochodząca z okolicznej tkanki, wypełnia powstały otwór, sięga dalej, w postaci łatwokrwawiącej tkanki luźnej wypełnia nieraz ubytek próchnicowy. Przy pomocy zgłębnika łatwo przekonać się można o istnieniu komunikacji pomiędzy ubytkiem próchnicowym a otaczającą przestrzenią. Przedziurawienia tego rodzaju najczęściej spotyka się w koronowej części zęba.

Przedziurawienia urazowe zdarzają się wskutek trudnego dostępu do ubytku próchnicowego, skutkiem czego manipulowanie świdrem

wymaga nieraz nadzwyczajnego wysiłku i niezwykłej zręczności; cienkość ścian ubytku, w mniejszym lub większym stopniu rozmiękczonych przez proces próchnicowy, zęby drobnorozwinięte (drobnozębność — microdontia) w dodatku o wadliwej budowie histologicznej, rozległa próchnica obwodowa, zwapnienie wejścia do przewodów korzeniowych na dnie komory miazgowej, zębiniaki (denticola) — wszystko to nie mało przyczynia się do mimowolnych przedziurawień.

Nie można ominąć również faktu, iż operowanie w zębach osób drobnoszczękich (micrognathia) i małoustych resp. ciasnoustych (microstoma) odbywać się musi w niedogodnych warunkach, co naturalnie nie może nie mieć pewnego wpływu na przypadkowe uszkodzenie zębów.

Wiadomo, iż wszyscy niemal praktycy podnoszą wyższość operacyjnej metody sztucznego rozszerzenia przewodów korzeniowych. Niestety, zbiór naszych narzędzi tylko pozornie wydaje się kompletnym, z drugiej strony wielu praktyków stwarza sobie mnóstwo poważnych powikłań przez niewłaściwe stosowanie świdrów korzeniowych (zwykłe, sprężyste Beutelrocka i sprężynowe Gate'a).

Nie wytrzymuje krytyki chełpliwość niektórych praktyków i to nawet poważnych, twierdzących, iż przy pomocy tych „idealnych" narzędzi zdolni są prześwidrować najbardziej niedostępne i niedrożne przewody korzeniowe!! Dzięki tym narzędziom, zaznaczają oni, zdołają oczyścić każdy przewód od jego zawartości; a zatem wyłuszczenie całkowite miazgi korzeniowej w ich rękach jest jedyną metodą postępowania w zachowawczem leczeniu zębów.

Gdy pobieżnie przyjrzymy się anatomicznej budowie korzeni zębowych, łatwo przekonać się możemy, iż twierdzenie tego rodzaju „szczęśliwców" zakrawa raczej na... absurd, aniżeli na rzeczywistość. Badania Preiswerka, Fischera i in. aż nadto utwierdzają nas w tem mniemaniu. Budowa anatomiczna korzeni zębowych, jak stwierdzają badania anatomiczne, spostrzeżenia kliniczne oraz liczne zdjęcia rentgenologiczne, pozwalają nam przypuszczać, iż wobec istniejących częstych krzywizn korzeni wolne przejście dla świdrów Beutelrocka i Gate'a nawet w rękach najlepiej świadczących o sobie specjalistów nie zawsze może być... wolne.

Aczkolwiek poglądy na omawianą tu sprawę drożności przewodów korzeniowych, oparte na ścisłych badaniach naukowych, przez niektórych być może ignorowane, dostatecznie wyświetlają istotny stan rzeczy, nie możemy jednak ominąć milczeniem faktu, iż spotykane przedziurawienia przewodów korzeniowych często znajdują się w ścisłym związku z dążeniami operowania świdrami kanałowemi wszędzie, we wszystkich przypadkach, nawet tam, gdzie istnieją poważne przeszkody miejscowe.

Obecne trudne warunki wydawnicze nie pozwalają nam na przytoczenie tu szeregu zdjęć rentgenologicznych całych serji korzeni zębowych resp. najróżnorodniejszych anomalji, które łatwo obaliłyby bałamutne przechwałki owych szczęśliwców. Z drugiej strony — chęć nieprzekroczenia zakresu obranego tematu zmusza nas do ominięcia narazie tego cennego materjału, który przyczyniłby się do powściągliwszego nieco stosowania „bezwzględnej" metody traktowania przewodów korzeniowych.

Sprawa jest jeszcze ważna z punktu widzenia wrażliwości młodszej generacji przedstawicieli naszego zawodu na „żywe“ słowo niektórych starszych praktyków, usiłujących uchodzić w oczach tych za powagi.

Odkładając więc szersze omówienie sprawy drożności przewodów korzeniowych na później, musimy zaznaczyć, iż nie uznajemy absolutyzmu w tej sprawie; jesteśmy zwolennikami indywidualizowania każdego poszczególnego przypadku! Mimowolne przedziurawienie przewodów korzeniowych każdemu z nas przytrafić się może. Przyznajmy szczerze: któż z nas w swej dłuższej czy krótszej praktyce nie przewiercił przypadkowo komory miazgowej lub korzenia?

Nie można zupełnie się zgodzić z prof. Schröderem, który zaznacza, iż przedziurawienia urazowe najczęściej są następstwem niezręcznego manipulowania świdrem korzeniowym. Bezwzględnie, trudności miejscowe dużą odgrywają rolę. Wiemy doskonale, na jakie przeszkody nieraz natrafiamy, aby wprowadzić najcieńszy chociażby miazgociąg. Rozszerzanie zaś przewodu korzeniowego za pomocą kwasów mineralnych, gorąco przez wielu zalecanych, wymaga dużo czasu, ostrożności i użycia narzędzi platynowych, jeżeli pragniemy unikać pozostawienia w przewodzie cząstki miazgociągu, mogącej wywołać poważne nieraz powikłanie.

Często wobec konieczności szybkiego działania bierzemy ostry świder i, starając się postępować ostrożnie, właśnie robimy otwór. Dobrze jeszcze, jeżeli zauważymy, iż posuwamy się w fałszywym kierunku; nie zawsze jednak to się spostrzega; plombujemy, a w rezultacie powstaje zapalenie ozębnej i, co za tem idzie, formuje się przetoka, która powoli prowadzi do powiększenia się otworu i obumarcia korzenia.

Umiejscowienie otworu, powstałego wskutek przedziurawienia, bywa różne i zależy w pewnym stopniu od stosunku korony do korzenia; w miarę tego, jak większa jest różnica pod tym względem, wzmaga się fałszywy kierunek świdra. Tak np. przedziurawienia spotykamy w środkowych siekaczach często na wargowej powierzchni, gdy tymczasem na bocznych siekaczach i kłach na dośrodkowych (mesial), mniej lub więcej daleko od wierzchołka korzeniowego. W dwuguzkowcach, zwłaszcza górnych, przedziurawione zostają nader łatwo powierzchnie styczne (aproximal) wskutek stosunkowo wązkich korzeni. W trzonowcach przedziurawienie nie jest rzadkie w miejscach podziału widłastego czyli rozdwojenia korzeni (bifurcatio) i jest następstwem fałszywego kierunku świdra w dążeniu do obnażenia przewodów korzeniowych na dnie komory miazgowej (Schröder).

Rozpoznanie przedziurawienia jest stosunkowo łatwe w koronie, trudniej przedstawia się w przewodach.

Na dnie komory miazgowej przedziurawienie występuje w charakterystycznej postaci: nieznaczny, czerwony gąbczasty otwór zajmuje zwykle całą lub nawet część dna komory, gdy ono znacznie się powiększyło, lub gdy w dodatku miękka tkanka przedostała się do komory miazgowej.

Ziarnina, wrastająca przez powstały otwór w komorę miazgową, łatwo może być przyjęta za miazgę w stanie przewlekłego zapalenia.

W tych przypadkach rozpoznanie różniczkowe nie jest trudne. Nacisk zgłębnikiem na miazgę wywołuje ból i krwawienie; miazga po krwawieniu ma barwę mocno czerwoną i łatwo poddaje się uciskowi narzędzia. Nacisk zgłębnikiem na ziarninę wywołuje uczucie słabego bólu i krwawienie, po którem tkanka staje się lekkoczerwoną; zgłębnik napotyka na pewną przeszkodę ze strony zębodołu.

Zwrócić należy uwagę na na zjawiska subjektywne. Nieraz oświadczenie pacjenta, iż podczas świdrowania przewodu poczuł ból jakby „od ukłucia dziąsła", odrazu dostatecznie świadczy, iż mamy już do czynienia z przypadkiem przedziurawienia.

W trudnych przypadkach rozpoznawania przedziurawień pomocne jest zdjęcie rentgenologiczne. Ząb przedziurawiony niekiedy jest nieznacznie rozchwiany, jest również wrażliwszy od sąsiednich zębów i nie posiada już poprzedniej zdolności do pracy.

Przedziurawienia w następstwie mogę powodować w mniejszym lub większym stopniu drogą zakażenia zapalenie ozębnej, które zakończyć się może ropniem; przypadek również może przejść w stan przewlekły.

Terapja przedziurawienia polega na tem, by ponownie wyrównać brak substancji na powierzchni uszkodzonego zęba lub korzenia przez uszczelnienie powstałego otworu resp. kanału. W tym celu propoponowano różne metody i środki, bądź to obojętne, lub też przeciwgnilne, plastyczne lub stałe (cement, gutaperka, listek ołowiany, złoty lub platynowy, amalgamat, drut srebrny, kość słoniowa i inne), Z tych jedne są trudne do obrabiania, inne drażnią lub ulegają wessaniu ew. rozpadowi.

Evans zaleca wstrzykiwanie do przewodu korzeniowego wody utlenionej i przemywanie następnie wyskokiem, otwór osusza gorącem powietrzem, następnie wypełnia nie bardzo szczelnie watą, zwilżoną w olejku gwoździkowym i zamyka ubytek gutaperką. Czynność tę należy powtarzać kilkakrotnie, wystrzegając się dostępu śliny, dopóki w miejscu przedziurawionem nie ustanie wydzielanie się surowicy krwi i nie nastąpi powierzchowne zabliźnienie. Następnie starannie osusza przewód i w miejscu przedziurawienia kładzie, zlekka ugniatając, kawałek gutaperki, ogrzanej nad ogniem, by szczelnie przykryła otwór, nie będąc jednak weń wciśnięta. Łatwiej to uskutecznić po uprzedniem zwilżeniu ścianek kanału płynnym rozczynem gutaperki w chloroformie. Następnie przewód plombuje.

W razie nieskuteczności tego zabiegu i wystąpienia zapalenia Evans po dokładnem zbadaniu kierunku i miejsca przeeziurawienia świdruje w znieczuleniu sztuczny kanał przez dziąsło i wyrostek zębodołowy. Prześwidrowanie wyrostka zębodołowego uskutecznia przy pomocy świderka, i dlatego otwór powinien być nieznacznych rozmiarów. Następnie przestrzykuje zrobioną przetokę i przykrywa otwór gutaperką w ten sam soosób, jak otwór korzenia po wyleczeniu ropnia wierzchołkowego. Istota więc metody Evansa polega na zamknięciu otworu gutaperką po uprzedniem zastosowaniu jakiegoś hemostaticum oraz leczenia przeciwgnilnego. Zamknięcie sztucznej przetoki prawdopodobnie odbywa się drogą odradzania tkanek.

Girwood wypowiada się przeciw stosowaniu gutaperki wskutek trudności umieszczenia jej na właściwem miejscu i drażniącego jej działania. Zaleca natomiast używanie amalgamatu miedzi, gdyż ten łatwo układa się na właściwem miejscu, nie drażni tkanek, nie rozpuszcza się, dostatecznie przeciwdziała ciśnieniu po stwardnieniu i posiada własności przeciwgnilne.

Morgenstern wypowiada się kategorycznie przeciw przykryciu otworu jakimkolwiek materjałem do plombowania, ponieważ wszystkie one drażnią otaczające tkanki. W razie świeżego przedziurawienia korzenia przestrzykuje on przewód najpierw ciepłą, potem gorącą wodą celem zatamowania krwawienia. Następnie przemywa korzeń 5% roztworem fenolu i zostawia w przewodzie watę, przepojoną tymże rozczynem. Po 10 min. wprowadza do kanału następujący rozczyn:

Rp. Masticis 45,0
Aether sulf. 30,0
Jodoformii 0,25
Ac. carbol. liquef. 0,50
Mf. Solutio

Rozczyn powyższy tężeje od gorącego powietrza, przez co ujawnia się światło przewodu, który zamykamy hermetycznie cementem Fletchera. Po kilku dniach cement usuwamy; rozczyn z przewodu wydostajemy za pomocą waty, nasiąkniętej eterem lub wyskokiem, poczem przewód znowu osuszamy gorącem powietrzem i plombujemy listkiem ołowianym.

Zadawnione przedziurawienie autor ten leczy, jak następuje: Świeżo przyrządzoną mieszaniną 5% rozczynu fenolu i takiegoż rozczynu formaliny wyjaławia przewód, osusza gorącem powietrzem i zakłada do otworu 25% rozczyn azotanu srebra na 5 minut. Znaczniejszą ziarninę zeskrobuje się ostremi wydrążaczami łyżeczkowatemi. Dalsze leczenie odbywa się w sposób wyżej opisany. Jeśli mamy na celu wstawić w prześwidrowany przewód ząb ćwieczkowy, okręcamy ćwieczek skrawkiem cynfolji w różnych kierunkach celem łatwego wsunięcia do kanału i wstawiamy go do zęba, zmoczywszy uprzednio cynfolję na ćwieczku mastyksem. Następnie ćwieczek wyjmujemy, a cynfolja, pozostała w kanale, całkowicie pokrywa jego ścianki. Dalej osuszamy przewód gorącem powietrzem, aby eter wyparował, okręcamy ćwieczek cienką warstwą cynfolji i ostatecznie umacniamy go w korzeniu.

Quintero i Chouron do uszczelnienia przedziurawień stosują metal. Metodę swoją opierają oni na następującem:

Wiadomo, iż ze wszystkich metali, wprowadzonych do tkanek przypadkowo lub chirurgicznie, najlepiej zachowują się te, które pod wpływem chemiczno-biologicznej przemiany międzykomórkowej nie psują się i nie rozkładają. Są metale, posiadające mniej lub więcej przeciwgnilne własności; do takich należą: mosiądz, miedź i cynk. Własność ta prawdopodobnie powstaje wskutek wytwarzania się soli tych metali. W samej rzeczy, wykonane doświadczenia potwierdziły tę hipotezę.

Ażeby określić przeciwgnilną własność metali, rozsiewano skrzepłą surowicę w odnośnych przyrządach do celów badań bakterjologicznych.

Na kilka milimetrów dokoła kawałków miedzi i mosiądzu zarysowało się lekkie odbarwienie surowicy, a w całej odbarwionej części stwierdzono nieobecność kolonji drobnoustrojów. Począwszy zaś od granicy bezbarwnej smugi, kolonje, z początku rzadkie i niejednolite, stają się coraz liczniejszemi w miarę oddalania się od kawałka metalowego. Jedynie przeciwgnilne metale były otoczone bezbarwną smugą, a to dzięki swym solom, w stosunku do cynku zaś zmiany te były daleko wyraźniejsze, niż do innych metali. Odnośnie do mosiądzu zajęta smuga sięgała znacznej odległości. Przy czerwonej miedzi odległość była mniejsza, zaś znacznie większa przy smudze, przesyconej cynkiem.

Z pośród niereagujących metali przestudjowano kolejno: złoto, cynę, ołów i melchjor. Co do ostatniego, doświadczenia nie dały określonych wyników; co do innych, zdawało się, że wokoło nich nie wytwarzały się sole i być może, iż tem właśnie tłumaczy się ich nieszkodliwość. Wobec tego, że aseptyka jest więcej warta, niż antyseptyka, gdyż stwierdzone jest, że środki przeciwgnilne mniej lub więcej drażnią, musimy dojść do wniosku, iż należy raczej stosować obojętne metale. Złoto wymaga zanadto subtelnych rękoczynów, więc wybór padł na c y n ę i o ł ó w. Obecność w tkankach minimalnej ilości ołowiu nie wywołuje procesu zapalnego.

Inni badacze również stwierdzili dodatnie pod względem bakterjobójczym działanie niektórych metali. Behring stwierdził, iż obecność metalu (metalowych płytek) na pożywkach stałych, zakażonych hodowlami, działa mniej lub więcej silnie, chociaż niejednakowo na rozmaite zarazki chorobotwórcze, i że wpływ hamujący stwierdza się nawet po usunięciu metalu.

Credé stwierdził przeciwgnilny wpływ srebra i na tej podstawie oparł metodę leczenia ran gazą impregnowaną srebrem metalicznem, mniemał, iż w ten sposób można znakomicie uprościć aseptykę chirurgiczną. Credé tłumaczy działanie srebra rozpuszczaniem się go w kwasie mlecznym hodowli.

Nägeli zauważył, iż metale, a zwłaszcza miedź, hamują rozwój drobnoustrojów. Własność tę ze względu na niesłychanie małą ilość metalu, która w tym przypadku działać musi, Nägeli nazwał oligodynamiczną.

Różne metale różną posiadają własność przeciwgnilną. Thiele i Wolf różnicę tę widzą w związku z ich ładunkiem elektrycznym. Do najsilniej działających zaliczają oni miedź i srebro.

Esmarch stwierdził, iż paciorkowce na mosiądzu ginęły po 5 minutach, laseczniki błonicy po 2 minutach.

Badanie powyższe stwierdzili następnie: Sehill, Boston, Halsted, Bitter i inni (Brunner).

Opierając się na powyższych własnościach metali, Quirstero i Chouron w przypadkach przedziurawień postępują w następujący sposób:

Odnośny ząb zostaje odosobniony ślinochronem, wydrążaczem zdejmuje się rozmiękłą zębinę; miękkie tkanki, przylegające do otworu przypalamy żegadłem, o ile to możliwe starannie dezynfekujemy i przemywamy przygotowaną gorącą wodą. Po osuszeniu odpychamy miękkie tkanki na zewnątrz od otworu, zakładając tymczosowo gutaperkę, którą pozostawiamy na miejscu przez dzień—dwa, i na tem kończy się

pierwsza połowa kuracji. Drugie posiedzenie: ślinochron, przepłukiwanie otworu czy fałszywego kanału 50% kwasem karbolowym, usunięcie strzępów tkanek po za obrębem przedziurawienia, ostateczne plombowanie. Bierzemy malutki krążek, wycięty z listka ołowianego, przeprowadzamy go przez płomień w celu odkażenia i bardzo uważnie nakładamy go na otwór. Gdy krążek jest już dobrze dopasowany do brzegów otworu, można zaplombować komorę miazgową cementem lub amalgamatem. Jeżeli otwór znajduje się na wylocie kanału, daleko łatwiej jest zamiast krążka zrobić malutką, zamkniętą na końcu pochewkę (tutkę), która mieściłaby się w kanale. Taką pochewkę można zrobić przy pomocy cienkiego narzędzia kanałowego i przy tegoż pomocy włożyć na miejsce. Ostateczne plombowanie w każdym razie może być wykonane po jakimś czasie obserwowania zęba. Wyniki stosowania tej metody były pomyślne.

Burwasser, omawiając terapję przedziurawień zębowych, zaznacza co następuje. Ponieważ korzeń nie powinien mieć innego otworu, prócz szczytowego, należy starać się, aby w każdym przypadku przedziurawienia zamknąć prześwidrowane miejsce jakimkolwiek materjałem do plombowania, by, o ile się da, doprowadzić korzeń do normalnego stanu. Unikać plombowania należy tylko w ostateczności, gdy otwór znajduje się w miejscu, w którem ze względów technicznych nie możemy zamknąć go plombą. Gdy zabieg będzie wykonany umiejętnie, nie należy się obawiać drażnienia tkanek z przyczyny użytego do plombowania materjału. Leczenie świeżych przedziurawień daje w większości przypadków dobre wyniki. Autor ten we wszystkich przypadkach przed plombowaniem stosował adrenalinę, włożoną na watce na 2—3 minuty w prześwidrowane miejsce; poczem osuszał ubytek wyskokiem i gorącem powietrzem. Dalsze zabiegi ulegały zmianom zależnie od miejsca przedziurawienia. Gdy znajdowało się na dnie korony miazgowej zęba z kilkoma korzeniami, stosował on gutaperkę we wszystkich przypadkach, kiedy miał pewność, że mu się uda starannie założyć plombę ze względu na dobry dostęp do prześwidrowanego miejsca bez wywołania drażnienia tkanki. Do zęba wprowadzał kawałek rozmiękczonej gutaperki odpowiedniej wielkości na końcu odpowiednio zagiętego i lekko nagrzanego narzędzia, starając się ją położyć tak, aby nakrywała otwór; celem lepszego przylegania gutaperki zwilżał on dno komory miazgowej olejkiem eukaliptusowym. Gdy się nie udawało położyć gutaperki, pokrywa otwór kawałkiem cienkiej cynfolji lub platynowej blachy, poczem można plombować komorę miazgową dowolnym materjałem. Gdy należy zostawić wolny dostęp do przewodów, wtedy przed plombowaniem wstawiamy w nieco rozszerzony przewód metalowy posmarowany wazeliną ćwieczek. Po zaplombowaniu komory miazgowej łatwo można ćwieczek wyjąć dzięki warstwie wazeliny; w ten sposób dostęp do kanału jest wolny podczas koniecznych zabiegów.

Gdy otwór znajduje się w bocznej ścianie korzenia, blisko brzegu dziąsła, autor ten robi wewnętrzną ściankę korzenia chropowatą przy pomocy świderka wokoło miejsca przedziurawienia; między dziąsło a zewnętrzną powierzchnię korzenia wprowadza się płaskie cienkie narzędzie, którem zamyka się otwór korzenia zzewnątrz; na-

rzędzie należy cały czas mocno przyciskać do zewnętrznej powierzchni korzenia poczem plombuje się gutaperką lub amalgamatem miedzianym. Tą drogą zabezpieczamy się przed możliwością przesunięcia plomby nazewnątrz. Niedogodność tego sposobu polega na tem, że jedna ręka operatora jest przez cały czas zajęta, dlatego wygodniej, jeżeli można korzystać z pomocy asystenta. W takich przypadkach można zastąpić płaskie narzędzie skrawkiem blachy, odpowiednio wykrojonej, którą przytrzymuje się na miejscu kawałkiem masy wyciskowej, gutaperki lub waty. Niekiedy udaje się założyć plombę nie zwewnątrz nazewnątrz, lecz zzewnątrz nawewnątrz. Dziąsło odsuwa się od korzenia stopniowo tamponami z waty, albo zlekka rozmiękczoną gutaperką przez kilka (2—3) dni, dopóki otwór nie uwidoczni się zzewnątrz. Po zastosowaniu adrenaliny, wyskoku i gorącego powietrza zamyka się otwór małym kawałkiem gutaperki lub amalgamatem miedzianym; nie należy brać nadmiaru plomby, aby nie zakrywać światła korzenia. Zwykle, nawet przed plombowaniem, położyć można wyżej (w dolnych zębach—niżej) miejsca przedziurawienia cienki kawałek waty, przepojonej adrenaliną — co zmniejsza wydzieliny z dziąsła i zapobiega wtórnemu krwawieniu podczas leczenia; tampon ten należy wyjąć po ukończeniu plombowania, kanał wyjaławiamy zwykłemi środkami, następnie napełniamy go jakimkolwiek obojętnym materjałem (cynfolją, parafiną), lub pastą niedrażniącą. Stosować można w tym celu pastę z kseroformu, tymolu i eugenolu; cały ząb plombujemy prowizorycznie fletcherem. Po 2-ch tygodniach gdy nie było żadnych powikłań, plombujemy ostatecznie ząb, nie ruszając przewodów. Mając do czynienia z przedziurawieniem, znajdującem się daleko od brzegu dziąsła w korzeniu, rozszerzonym dla ćwieczka, mniej więcej w połowie długości korzenia (więc w miejscu, gdzie płaskiego narzędzia nie można wprowadzić pod dziąsło celem ochrony tkanki od drażnienia materjałem do plombowania), staramy się zapobiedz przepchnięciu plomby nazewnątrz powierzchni korzenia w następujący sposób. W otwór wprowadza się rozgrzany kawałeczek gutaperki na odpowiedniem narzędziu i przyciska się, a po zastygnięciu wyjmuje się go wraz z narzędziem. W ten sposób otrzymujemy dokładny wycisk otworu (przedziurawienia). Gutaperkę obcina się o tyle, aby nie sięgała zewnętrznej powierzchni korzenia i zwewnątrz była cokolwiek wysunięta z kanału korzeniowego. Po zastosowaniu adrenaliny, wyskoku i gorącego powietrza, zwilżamy ścianki kanału olejkiem eukaliptusowym. Gutaperkę uprzednio umacniamy na końcu nagrzanego narzędzia, wprowadzamy i układamy w korzeniu tak, aby pokryć otwór. W tym przypadku można użyć amalgamatu miedzianego, starając się, aby nie przepchnąć go poza brzeg zewnętrznej ścianki.

Często się zdarza, że cząsteczki plomby odpadają od narzędzia, nim się je uda umieścić na właściwem miejscu, zasłaniając światło korzenia. Celem łatwiejszego usunięcia tych cząsteczek wkłada się do przewodu przed plombowaniem wyżej (niżej — w zębach dolnych) otworu kawałeczek waty, którą po operacji usuwa się miazgociągiem wraz z cząsteczkami materjału do plombowania, które doń przylgnęły.

Gdy otwór znajduje się blizko wylotu (szczytu) korzenia, wtedy nie plombujemy prześwidrowanego otworu oddzielnie, lecz odrazu

wierzchołek korzenia, przez co osiągamy jednocześnie pokrycie otworu szczytowego i przedziurawienia; naturalnie, plombujemy po uprzednim przeciwgnilnem leczeniu Uskuteczniamy to w następujący sposób: po zastosowaniu adrenaliny, wyskoku i gorącego powietrza, smarujemy ściankę kanału dookoła wierzchołka oliwą; odłamujemy od zwykłego stożka gutaperkowego (do plombowania przewodów) mały, gruby kawałek, który umacniamy na końcu nagrzanego narzędzia. Gutaperkę zwilżamy w olejku eukaliptusowym, pokrywamy nieznaczą ilością jakiegokolwiek proszku przeciwgnilnego i wprowodzamy w kierunku szczytu korzenia. Pod wpływem olejku eukaliptusowego gutaperka mięknie i łatwo przylega do ściany przewodu. Lekki ucisk wystarczy, aby gutaperka przylgnęła do ścianek — i oto przedziurawienie zostało zamknięte.

W przypadkach zadawnionych znajdujemy zwykle przerost miękkich tkanek, wchodzących w kanał. Ziarninę wtedy przypalamy fenolem lub ac. trichloraceticum, poczem usuwamy ją ostremi wydrążaczami. Udaje się niekiedy usunąć ziarninę przy pomocy suchego twardego tamponu waty, która pęcznieje od wilgoci i wypycha częściowo ziarninę, a częściowo ją niszczy.

Dalszy sposób postępowania jest taki sam, jak w przypadkach świeżego prześwidrowania; lecz tu należy zwrócić szczególną uwagę na uprzednie leczenie przewodów korzeniowych. Doniosłe znaczenie mają w tych przypadkach niedrażniące i nieżrące olejki eteryczne.

Zdaniem Burwassera, prognoza jest w przedawnionych przypadkach mniej pomyślna, głównie, gdy mamy do czynienia z zakażeniem otaczającej tkanki; lecz i w tych przypadkach drogą starannego leczenia środkami przeciwgnilnemi i przyżegającemi można uratować ząb lub korzeń.

W ostateczności trzeba się uciekać do operacji i udostępnić sobie prześwidrowane miejsce od strony dziąsła podług sposobu, stosowanego przy odcięciu wierzchołka korzenia. Uciekać się do zabiegu chirurgicznego należy też w przypadkach, gdy nastąpi powikłanie w postaci ropienia w prześwidrowanych zębach lub korzeniach już leczonych i użytych za oparcie dla koron, zębów ćwieczkowych i mostków, i gdy pragniemy zachować chory ząb lub korzeń. Znajdując wiotką ziarninę, usuwamy ją ostrem narzędziem. Tkankę doprowadzamy do stanu aseptycznego przy pomocy galwanokauteru i płynów przeciwgnilnych; w razie potrzeby pokrywamy miejsce przedziurawione amalgamatem miedzianym lub parafiną. I w tych razach kładziemy plombę w odwrotnym kierunku — zzewnątrz nawewnątrz.

d. n.

# Dział sprawozdawczy.

59) Seitz A. **Przyczynek do etjologji próchnicy zębowej.** (München. Med. Woch. 1921 nr. 12).

Najbardziej rozpowszechniona hipoteza, dotycząca przyczyny powstawania próchnicy zębowej, tłumaczy chemiczno-pasorzytnicze pachodzenie tegoż procesu. Z resztek pokarmowych—węglowodanów, zatrzymywanych w przestrzeniach międzyzębowych i na zębach, dzięki drobnoustrojom fermentacyjnym wytwarzają się kwasy, które rozpuszczają wapno zęba i w ten sposób sprzyjają dalszemu przedostawaniu się drobnoustrojów; zębina następnie podlega działaniu rozszczepiających białko fermentów bakteryjnych.

Jeżeli hipoteza ta jest ścisła, to proces próchnicy zębowej, odbywający się w warunkach normalnych w jamie ustnej, może być przeprowadzony sztucznie w warunkach laboratoryjnych.

Wołkow już zbadał wpływ na dobrze zachowane zęby różnych gatunków mąki, dobrze rozmieszanych ze śliną. Udało mu się otrzymać sztuczną próchnicę, przyczem dokonał ciekawego spostrzeżenia: Grubo zmielona mąka, zawierająca otręby w większej ilości i dla tego wytwarzająca więcej kwasów, wywołuje próchnicę w większym stopniu, aniżeli dobrze przesiana. Dla swoich celów autor ten wybierał zęby zupełnie zdrowe osób od 17 do 55 lat, na których podczas badania nawet lupą nie można było stwierdzić żadnych zmian.

Zęby pokryto warstwą wosku, w niektórych miejscach pozostawiono otworki (wolne miejsca) i następnie umieszczono je w mieszaninie chleba i śliny, w której pozostawały w ciągu tygodnia przy t. 37$^0$ C. Następnie połowę zawartości naczynia wylewano i zmieniano świeżą mieszaniną. W ten sposób stworzono warunki, dosyć zbliżone do istniejących w jamie ustnej, bowiem tam również resztki pokarmowe oraz produkty ich rozkładu wydalane są częściowo stale. Mniej więcej po upływie 56 dni na zębach można było zauważyć rozmiękczenie i zmianę barwy, a po 124 dniach na wszystkich zębach stwierdzono zupełnie rozwiniętą próchnicę, a właśnie na wolnych miejscach, bez różnicy, czy znajdowały się na powierzchni szkliwnej, czy też na szyjkach zębów. Badanie histologiczne nie mogło ustalić różnicy pomiędzy sztuczną próchnicą a prawdziwą; na szlifach zabarwionych widoczne były wszystkie okresy próchnicy zębiny i szkliwa.

Przypuszczenie, iż obfite konsumowanie marmelady i cukierków jakoby sprzyja rozprzestrzenianiu się próchnicy zębowej, rzecz dziwna, nie zostało potwierdzone. Gdy mieszanina chleba, marmelady i śliny wywoływała próchnicę w tymże okresie czasu, co i w pierwszych doświadczeniach, zęby, znajdujące się w mieszaninie jednej tylko marmelady i śliny nawet po upływie 61 dni nie wykazywały żadnych zmian.

Dalej stwierdzono, iż równorzędnie ze zdolnemi do fermentacji węglowodanami duże znaczenie posiada i rodzaj flory bakteryjnej. W istocie wszystkie odnoszące się tu zarodniki mają własności wytwarzania kwasu mlecznego z cukru gronowego i innych węglowodanów. Lecz dotychczas nie dowiedziono, iż również c z y s t e hodowle drobnoustrojów jamy ustnej zdolne są wywołać proces próchnicowy.

Dlatego też z ubytków próchnicowych były izolowane różne hodowle (streptococcus lacticus, staphilococcus i bacillus aërogenes) na buljonie cukrowym i tu umieszczono zęby. Już po upływie 33—38 dni rozpoczynała się próchnica a po 62 dniach była już zupełnie uwydatniona; w ten sposób proces próchnicowy miał przebieg dwukrotnie intensywniejszy. Zęby kontrolne, umieszczone w rozczynie jałowym cukru gronowego, miesiącami przeleżały w nim bez najmniejszych zmian.

Badania Seitza zamykają łańcuch dowodzeń, iż próchnica zębowa jest wynikiem procesu czysto chemiczno-pasorzytniczego.

*W. Ob.*

60) Boennecken prof. **Amputacja miazgi.** (Zche Rund. 13 r. 1922).

Przeglądając odnośną literaturę, autor wskazuje na to, iż wskazania do amputacji miazgi w ostatnich czasach znacznie zostały zwężone, dzięki wprowadzeniu sposobu leczenia przy pomocy wody królewskiej i metody Albrechta wypełniania przewodu korzeniowego mieszaniną, składającą się z rezorcyny, formaliny i potasu gryzącego, krzepniącą w przewodzie do postaci galarety i wydzielającą w ciągu dłuższego czasu formaldehyd.

Amputacja miazgi zębowej jest przeciwwskazana we wszystkich przypadkach septycznego i ropnego zapalenia, we wszystkich zębach z podrażnieniem ozębnej i w różnych postaciach przewlekłych pulpitów.

Obecnie amputacja bywa stosowana przez autora wyłącznie w przyp. pulpitis simplex acuta; w ciągu ostatnich 12 lat nieudanych przyp. stwierdzono $^{1}/_{5}\%$.

Co się tyczy techniki, to po oczyszczeniu komory miazgowej od obumarłej wskutek działania arszeniku tkanki autor przemywa ją wodą, nakłada na ząb ślinochron gumowy (koferdam) i wprowadza do komory za pomocą pipetki kroplę formaliny (40%). Następnie natychmiast wypełnia komorę miazgową przez siebie ostatnio nieco zmodyfikowaną pastą:

Rp. Thymoli
Paramonochlorphenoli
Formalini (40%) aa 1.0
Vaselini americani albi 4.0
Zinci oxydati puriss. 12.0
M. f. pasta

Pastę tę można stosować w czystej postaci, lub też domieszając nieco proszku dermatolu do otrzymania ścisłej pigułki. *K.*

61) Morelli G. dr. **O schorzeniach białaczkowych (leukemicznych) jamy ustnej.** (Vierteljahrsschrift f. Z-de nr. 2 r. XXXVI).

Z punktu widzenia stomatologji szczególnie ciekawe są przypadki białaczki (leucaemia), w przebiegu których pierwotne objawy występują w j. ustnej, tak, iż pacjent najpierw zwraca się do dentysty. Nader ważne jest ustalenie w samą porę djagnozy ze względu na rokowanie, bowiem przypadki białaczki są osobliwie złośliwe. W 2-ch przyp. śmierć nastąpiła po 2—4 tygodniach po wystąpieniu objawów w j. ustnej.

Objawy w j. ustnej polegają na obrzmiewaniu gruczołów i tkanki chłonnej, obumarciu śluzówki po uprzedniem jej obrzmieniu i na skazie krwotocznej (diathesis haemorrhagica).

Początek polega zwykle na obrzmiewaniu brodawek dziąsłowych w nieznacznym stopniu. Charakterystyczne jest tu zjawisko, iż przekrwienie nie odpowiada tu masie obrzmienia; obrzmiała śluzówka nie jest bolesna, zabarwiona szaro-niebiesko.

W b. ostrych przypadkach obrzmiałe dziąsło zakrywa zęby do ich żujących powierzchni. Najczęściej obrzmienie występuje na wargowej powierzchni dolnych siekaczy; zęby ulegają rozchwianiu. Na wierzchu obrzmienia nabłonek ulega złuszczeniu, i śluzówka obumiera. Martwica może być powierzchowna, może jednak sięgać kości. Najczęściej martwicy ulegają dziąsła, następnie twarde podniebienie i zęby, wreszcie miękkie podniebienie, rzadziej policzek i śluzówka gardła. Ślinociek spotęgowany.

Decydującym czynnikiem w rozpoznaniu jest zbadanie krwi.

Rokowanie bezwzględnie niepomyślne.

Leczenie: czyste płukania $H_2O_2$. Przy martwicy wobec istniejącej smrodliwej woni wskazane jest zdjęcie obumarłych mas.

Autor proponuje dla białaczkowego schorzenia j. ustnej zamiast stomatitis leucaemica — stoma leucaemica.

62) Adloff prof. **Lasecznik wrzecionowaty (bacillus fusiformis) jako czynnik wywołujący zgorzel miazgową.** (Deut. Mschrift f. Z-de 9 r. XXXVIII).

Ponieważ dane, otrzymane swego czasu przez prof. Arkövy'ego o laseczniku zgorzeli miazgi zębowej (bac. gangraenae pulpae), o czem pismo nasze zamieściło obszerny referat, nie zostały potwierdzone drogą dalszych badań bakterjologicznych, większość autorów obecnie przypuszcza, iż zgorzel miazgi stanowi wynik wpływu drobnoustrojów gnilnych na zniszczoną tkankę miazgową wskutek działania paciorkowców (streptococcus) i gronkowców (staphylococcus).

Adloffowi udało się dzięki przypadkowi rzucić nieco światła na niejasną tę kwestję.

U 17-letniego młodzieńca wyjęty został II dwuguzkowiec po rozpoznaniu klinicznem: ropne zapalenie miazgi; miazga po rozłupaniu zęba okazała się nadzwyczaj smrodliwą; wierzchnia warstwa była czarno zabarwiona, dolna — miała barwę szarą i była nieco rozmiękczona; pomimo to udało się miazgę w całości wydobyć z przewodu korzeniowego. Rozpoznanie należało zmienić w sensie zgorzeli miazgi.

Preparat zabarwiony pg. Grama. Tkanka miazgowa była całkowicie martwa; rozpoznać można było jeszcze zaledwie oddzielne pęczki łącznotkankowe i resztę naczyń.

Cała miazga stanowiła czystą hodowlę bacillus fusiformis we wszelkich jego postaciach. Na wierzchu rozlokowane były prawidłowe laseczniki, głęboko — podłużne nici.

Autor wyprowadza ze swego badania wniosek, iż lasecznik wrzecionowaty może stanowić w pewnych przypadkach czynnik wywołujący zgorzel miazgi zębowej. *K.*

63) **Radjologja a torbiele zębowe.** Dr. Caboche (Paryż) opisuje przypadek potrójnej torbieli okołozębowej znacznych rozmiarów u pewnego pacjenta; znajdowały się one po obu stronach górnej szczęki i na dolnej. Dwie górne zostały klinicznie rozpoznane, trzecia (dolnej szczęki) drogą rentgenologiczną. Autor zaleca systematyczne badanie rentgenologiczne również dla dolnej szczęki, bowiem tu mogą być usadowione torbiele okołozębowe znacznych rozmiarów, które jednak klinicznie pozostają ukryte; wskutek odporności kości żuchwowej nie łatwo się rozszerzają w ciągu długiego czasu, natomiast rozwijają się wzdłuż szczęki. Rzadkość spotykania tego rodzaju torbieli, jak mniemać należy, jest tylko pozorna (Internationales Zentralblatt für Laryngologie nr. 8 str. 300 r. 1921; Z-che Rundschau nr. 14 r. 1922).

64) **Rokowania przy urazach żwacza (musc. masseter).** Skaleczenia i in. urazy żwacza nie pozwalają na pomyśle rokowania co do jego przyszłej sprawności. Przedwojenne piśmiennictwo lekarskie nie wykazało tyle wypadków częściowego lub całkowitego zniszczenia żwacza, jak literatura wojenna i powojenna, gdyż zdarzało się ono podczas pracy (wybuchy, nieszczęśliwe wypadki w fabrykach), lub też podczas usiłowania pozbawienia się życia.

Podczas wojny światowej statystyka urazów i ran w okolicy żwacza wykazała gwałtowne zwiększenie ich ilości, notowano nader ciężkie przypadki rozdarcia, rozcięcia, a nawet całkowitego odcięcia żwacza, najczęściej jednostronnie.

Tworząca się po operacji lub przy gojeniu tkanka bliznowata (łączna), oraz ciągłe kurczenie się blizny mają niekorzystny wpływ na rokowanie. Gdy bowiem podłużne włókienka mięśnia żwacza są przecięte, wytwarza się między zbliżonemi brzegami rany nieraz twardniejąca tkanka (t. zw. zwyrodnienie włókniste), która, zbliżając się niekiedy do skóry, zrasta się z nią. Uszkodzony mięsień traci swą zwykłą kurczliwość i rozciągliwość, częściowo lub całkowicie. Podobne zakłócenie sprawności i czynności ma pewne znaczenie ze względu na rokowanie.

Utrudnienie żucia a w następstwie należytego odżywiania się, stały szczękościk przy bliznowatych i nierozciągalnych tkankach potęgują przykre następstwa urazów.

Przypadki nieznacznego nawet polepszenia po licznych urazach w czasie wojny były rzadkie. Żadne leczenie, żaden zabieg chirurgiczny nie mogły powrócić uszkodzonemu mięśniowi utraconej funkcji. Zawiodły, niestety, również umiejętnie prowadzone ćwiczenia jakoteż owe różne zastosowane aparaty, które nie mogły nadać sprężystości tkance z natury sztywnej i nierozciągalnej.

Przy wymiarze rent dla dotkniętech tem kalectwem, połączonem z zupełną najczęściej utratą możności zarobkowania, liczono się poważnie z powyższemi warunkami i wyznaczano rentę 30—40% prawie we wszystkich państwach.

*Dr. E. Friedlender.* (Drohobycz).

65) **Rak szczęk, języka, policzka i warg** (Crile. Zjazd kliniczny T-wa chir. amerykańskich w Bostonie 26/X 22 r.; podł. spraw. P. Przegl. Chir. z. 2. 1923).

Śmierć w przebiegu raka głowy i szyi następuje zazwyczaj skutkiem szerzenia się jego miejscowego lub dzielnicowego, a nie skutkiem odległych przerzutów; na 4500 odnośnych badań pośmiertnych te ostatnie wynoszą tylko 1%. Gruczoły chłonne szyi stanowią barjerę dla nowotworu, przerzuty w nich są najczęściej dostępne dla noża chirurga.

Rak skóry, śluzówki policzka, śluzówki kąta żuchwy zwykle nie daje przerzutów, rak wargi szerzy się na gruczoły podżuchwowe obu stron, rak dna jamy ustnej—na gruczoły tej samej strony. Rak języka, nawet umiejscowiony bocznie, może dać przerzut w gruczole po stronie przeciwnej. Wczesny rak śluzówki dziąseł lub policzka, jako dający przerzuty późno, nie wymaga wycinania gruczołów, natomiast rak wargi, nawet wczesny, wymaga usuwania wszystkich gruczołów, które sączkują okolicę, zajętą przez nowotwór.

66) **Dwa przypadki języka kosmatego** („Haarzunge" u niemców) demonstrowano na jednem z ostatnich zebrań Wiedeńskiego T-wa laryngo-rynologicznego (Wiener laryngo-rhinologische Gesellschaft. Sprawozd. Wiener Medizinische Wochenschrift nr. 3 r. 1922 str. 145).

Obydwa przypadki wystąpiły jakoby w ostrej postaci i pod wpływem odpowiedniego leczenia uległy znacznej poprawie.

Jeden przypadek dotyczył pacjenta, którego pokój poprzedniej nocy był dezynfekowany; w nocy poczuł on silne palenie w gardle, a nad ranem zauważył kosmaty twór na języku.

Drugi pacjent miał wiele do czynienia z kurzem garderobianym; pewnego poranku poczuł nieprzyjemną wrażliwość języka i przy oglądaniu tegoż zauważył na nim „pęk włosów".

U obu pacjentów stwierdzono na obszarze m. w. pięciokoronówki kosmate twory w postaci pęków włosa; wokoło znajdujące się brodawki nitkowate (papillae filiformes) i pojedyncze brodawki grzybowate (papillae fungiformes) wykazały stan zapalny. Zdjęcie pęczków i następne przypalanie brodawek w jednym przypadku dało natychmiastowy pomyślny wynik; aczkolwiek leczenie drugiego przypadku nie było jeszcze zakończone, dało jednak ono znaczne polepszenie.

W obu przypadkach miało się do czynienia z nadmiernem zrogowaceniem naskórka (hyperkeratosis), określone ze względu na podobieństwo nazwą języka kosmatego.

W poruszonej dyskusji zaznaczono, iż u pacjentów z językiem kosmatym zwykle stwierdzić można jednoczesne istnienie pewnego stanu chorobliwego, który uważać można jako przyczynę wtórnego objawu, t. j. zmiany na języku (Heindl). Dr. Hajek zaznaczył, iż twierdzenie pacjenta, który jakoby niespodzianie zauważył zmiany na języku, nie zasługuje na zaufanie. Wszak neurasteniczni i syfilityczni pacjenci nader często „wykrywają" w ciągu nocy lub kilku dni pewne zasługujące na uwagę „zmiany" na języku; po bliższem obejrzeniu okazuje się, iż pacjenci zwykle niespodzianie wykrywają właśnie normalne brodawki językowe — pieńkowate czyli okolone (papillae circumvallatae) lub liściaste (pap. foliatae).

Fein twierdził również, iż objawy języka kosmatego istniały już dawno, i tylko zabarwienie lub dolegliwości w gardle zwróciły uwa-

gę pacjentów. Hyperkeratozy nie mogą się rozwijać w ciągu kilku godzin. Zmiany t. z. języka kosmatego w ostrej postaci nie ukazują się.

Dr. Koffer zaznaczył, iż język kosmaty nie jest bynajmniej zjawiskiem rzadkiem; uwydatnia on ostre lub przewlekłe stany drażniące i występuje przy schorzeniach jamy ustnej i gardła lub operacjach w tych okolicach; widywał to zjawisko częściej po wycięciu migdałka (tonsillotomia) w stopniu wyżej wzmiankowanym na grzbiecie języka. Kornfeld zaznaczył, iż m. w. szybko występujące zjawisko języka kosmatego znane jest dermatosyfilodologom; powstaje w przypadkach, gdy do celów pielęgnacji jamy ustnej bywa stosowana mieszanina z: trae myrrhae i trae ratanhiae; po zarzuceniu tych środków objawy ustępują. W zakończeniu dr. Glas zwrócił uwagę, iż zdarzają się przypadki ostrej postaci języka kosmatego, mianowicie w okresie łuszczenia się (desquamatio) w przebiegu szkarlatyny. *K.*

---

# Wiadomości pomniejsze.

7) **Ziarniniaki na wierzchołkach korzeniowych.** W sprawie wpływu chorób zębów (zakażenia jamy ustnej) na powstawanie schorzeń ogólnych dr. Alten (The Dental Summary r. 1920 z. 10) uważa zropiałe ziarniniaki na wierzchołkach korzeni za główne źródło zakażeń, nie zaś otwarte ogniska ropne, jak np. ropociek zębodołowy.

8) **Nowotwory w śliniankach.** Kensson (British Dental Journal nr. 19—1921) przytacza 137 przyp. nowotworów w śliniankach; w śliniance przyusznej obserwował on 91 przyp. gruczolaka (adenoma), 27 — raka (carzinoma), 6 przyp. mięsaka (sarcoma); w śliniance podszczękowej — 8 przyp. gruczolaka, 4 — raka i 1 mięsaka (Z-che Rund. 22—1922 r.).

9) **Stomatitis ulcerosa (stomacacae).** Do leczenia tego ciężkiego cierpienia śluzówki zalecane były: sól Bertoleta (nazewnątrz i do wewnątrz), kwas borny i salol jako płukania, kwas karbolowy na pół z wyskokiem, chlorek cynku, lapis i w. innych środków do przyżegania. Zadowalniające wyniki przy leczeniu wzmiankowanego cierpienia daje również jodyna (tinctura jodi). Owrzodzona powierzchnia powinna być przedtem wytarta tamponikem, zmoczonym w kwasie bornym, lub też przegotowanej wodzie w celu uniknięcia śladów ropy; mogące wystąpić przy tem krwawienie wstrzymuje się przez uciskanie krwawiącej powierzchni takimże tamponem. Oczyszczoną powierzchnię smaruje się jodyną za pomocą odrobiny waty. Po każdem smarowaniu należy jamę ustną przepłukać lub przestrzyknąć wodą. Na 1 raz należy wielokrotnie popędzlować, póki powierzchnia nie przyjmuje ciemnobronzowej barwy.

Przy lżejszej postaci cierpienia leczenie trwa 1 — 2 dni. Zauważyć należy, iż śluzówka dobrze znosi podobne pędzlowania. Jednocześnie i zęby winny być doprowadzone do porządku.

Przy wyżej przytoczonem leczeniu śluzówka przyjmuje normalną barwę, smrodliwy zapach znika; ból również, zwłaszcza podczas przyjmowania pokarmów i napojów, prędko ustępuje.

10) **Przyczynek do etjologji i terapji nerwobólów nerwu trójdzielnego.** Na sprawę tę zwrócił uwagę dr. Precechtel (Casopis lékaruv ceskir nr. 41 r. 1921; Zentralbl. f. Chirurgie nr. 16 r. 1922).

U pewnej 58-letniej pacjentki wystąpił nerwoból w obwodzie III gał. n. trójdzielnego bez wiadomej przyczyny. Przy obmacywaniu jamy ustnej stwierdzono w okolicy m. pterygoideus int. chorej strony krawędziasty występ, którego po przeciwnej stronie nie było, a na skiagramie uwydatnił się jako nadmiernie długi processus styloideus. Wykonano operację; processus styloideus został skasowany. Po operacji bóle ustały; jednak wkrótce wznowiły się; jako przyczynę tego zjawiska uważano ropień, który powstał w ranie. Po wypróżnieniu ropy i zagojeniu rany bóle ostatecznie ustały. Skostnienie lig. stylohyoideum wyjaśniło również wystąpienie nerwobólu w tak późnym wieku.

Przy oględzinach dużej ilości czaszek autor stwierdził wokoło foramen ovale i na zewnętrznych blaszkach proc. pterygoidei spiczaste ostrogi, które znajdowały się w linji pom. foramen ovale i mandibulare i podczas ruchów żuciowych mogły mechanicznie drażnić nerw, zwłaszcza, gdy wystąpiły choroby zakaźne, zatrucia i in.

11) **7620 narkoz bez wypadku śmierci.** W pracy swej dissertacyjnej dr. Holterhoff (Bonn, r. 1921; ref. Zentralbl. f. Chirurgie nr. 14 r. 1922) podaje statystykę 7620 przypadków usypiania kombinacją skopolaminowo-pantoponową przy większych i mniejszych operacjach; nie zauważono najmniejszego niebezpieczeństwa dla pacjentów. Autor uważa, iż z tych względów niema potrzeby zastąpienia wyżej wzmiankowanej narkozy skopolamino-pantoponowej znieczuleniem przewodniem lub lędźwiowem.

12) **Przypadek późnego wyrzynania się zębów** opisuje prof. Francoi Pfaeffli (Trimestrielle Suisse d'Odontologie 1920 r. 4; ref. Zche Rundsch. 29, rocznik 30). Dotyczyło to 65-cioletniej kobiety, która w 30 roku straciła górne zęby mleczne, poczem posiłkowała się dostawką. Po upływie 5 lat ta rozchwiała się wskutek wyrzynania się stałych kłów. Po 15 latach (w międzyczasie tym wykonana została dostawka dla dolnej szczęki) wyrznął się dolny lewy kieł. Zdjęcie rentgenologiczne stwierdziło również obecność prawego dolnego kła. Obydwa te zęby w nader ciężkich warunkach zostały usunięte.

13) **Rzadki przypadek ogólnej narkozy przy miejscowem zastosowaniu chlorku etylu** podaje Pessah (Saloniki). W celu usunięcia zęba autor miejscowo zastosował chlorek etylu; nastąpiła ogólna narkoza, która trwała kilka godzin (La Sem. Dent. 1921 z. 3).

14) **Samoistne ropne zapalenie ślinianek.** Honigmann (Deutsche Zeitschr. p. Chirurgie T. 160, 2, 3—4) zwraca uwagę, iż spostrzegano postacie samoistne ostrego ropnego zapalenia ślinianek, zdarzające się w każdym wieku u osób pozornie zdrowych. Nie zostało jeszcze ustalone ostatecznie, czy sprawy tego rodzaju powstają drogą zakażenia

z jamy ustnej, czy też drogą przerzutów z ukrytych ognisk ropnych. Początek schorzenia jest nagły, rozwój szybki o charakterze zakażenia posocznicowego; rokowanie niepomyślne. Jaknajprędzej wykonany zabieg chirurgiczny jest jedynie wskazany w tego rodzaju ciężkich przypadkach (Ref. „Lekarz Wojskowy“ nr. 17 r. 1921).

15) **Uszkodzenia zębów u ludności Sudanu.** Na posiedzeniu Tow. Geograficznego w Paryżu w d. 19/XI r. ub. Labouret wygłosił odczyt o ludach na terytorjach francuskiej Afryki Zachodniej obszaru Sudanu. Opisał pewne tajne stowarzyszenia miejscowych pierwotnych ludów, zaś szczególnie tow. Baghré, jakoteż tajemnice ich praktyki. Warunkiem dopuszczenia do tajemnych stowarzyszeń wydaje się być rozpowszechnienie w kraju zwyczaju dobrowolnego uszkodzenia warg i zębów. Uszkodzenie te przyczyniają się do nadania wyglądu osobliwie odstręczającego fizjonomji kobiet, oszpecających się przez wkłuwanie obcych ciał znacznej objętości do swych warg. (Semaine Dent. 51 r. 1920).

# Wskazówki praktyczne i nowe leki.

65) **W celu usunięcia osadu kamienistego z płytek kauczukowych,** należy zmaczać ostatnie w wodzie, do której dodano nieco soku cytrynowego (kilka kropel). Sposób ten zaleca się pacjentom, noszącym sztuczne zęby, u których istnieje skłonność do wytwarzania się kamienia nazębnego, w przypadkach tych bowiem często na płytkach kauczukowych formują się dość grube warstwy kamienia, trudne do zdejmowania. Zmaczanie lub przetrzymywanie aparatów w wyżej wzmiankowanej mieszaninie (np. podczas nocy) zapobiega nagromadzaniu się kamienia.

66) **W celu nadania przedmiotom stalowym błyszczącej czarnoniebieskiej barwy,** należy je po uprzedniem polerowaniu traktować następującą mieszaniną: wody 120 grm., wyskoku 25 grm., kwasu saletrzanego 15 grm., siarczanu miedzi 10 grm., następnie polerować szmatą bawełnianą.

67) **Do zakrywania ubytków próchnicowych przy zakładaniu lekarstw** często stosuje się wosk. Zakładanie w ubytek wosku samego jest dość uciążliwe, lepiej więc stosować go w tym przypadku w połączeniu z watą. W tym celu macza się watę w roztopionym wosku, a gdy wosk nieco ostygnie, wałkuje się watę pomiędzy palcami w podłużny wałek; wałek ten w miarę potrzeby kraje się na tamponiki, które przed włożeniem do ubytku przeciąga przez płomień lampki spirytusowej. Tamponik w ustach szybko stygnie i dobrze zamyka ubytek.

68) **Moldyna,** jak wiadomo, składa się z glinki i gliceryny. Podobnąż masę do wielu celów zestawia się z kaoliny i wazeliny. Masa ta wytrzymuje wysoką temperaturę, gdyż punkt wrzenia wazeliny jest wyższy niż gliceryny.

69) **Wyjmowanie zębów** z kauczuku możliwe jest w różny sposób: drogą rozgrzewania kauczuku w płomieniu, rozpuszczania kauczuku w siarczanie węgla, ogrzewania kauczuku w suchym gipsie i wreszcie drogą gotowania w glicerynie, która zupełnie rozmiękcza wulkanizowany kauczuk.

70) **Wyciski pumeksowo - gipsowe.** Z pośród materjałów wyciskowych: wosku, gipsu i stentu, ostatni tylko ma największe rozpowszechnienie, pomimo, że posiada wady, znane wszystkim praktykom.

Szerokie zastosowanie stentu tłumaczyć należy łatwością obchodzenia się z nim. Wosk bywa używany najczęściej przy drobnych robotach. Gips, pomimo swej przewagi nad innemi masami wyciskowemi, dotychczas jest jakby w zapomnieniu. Dowiedzionem jest, iż żadną masą wyciskową nie można otrzymywać tak dokładnych wyników, jak gipsem.

Jakkolwiek wydaje się nam dziwnem na pierwszy rzut oka, łamliwość gipsu stanowi właśnie jego przewagę i zaletę, jakich nie posiada żadna z wyżej wymienionych mas wyciskowych. Równe i wyraźnie oznaczone miejsce złamań dają nam możność łatwo złączyć odłamki. Gips, posiadając wiele zalet, ma jedną tylko wadę: rozrobiony jak śmietana, jest zbyt lekki, śliski i rozpływa się przy najlżejszem dotknięciu, przy nieumiejętnem z nim obchodzeniu się łatwo może dostać się do gardła Oto jego cecha ujemna, którą łatwo usunąć można przez dodanie pumeksu (lapis pumicis subtilissim.); ostatni zmieszany z gipsem wstrzymuje jakby jego dążność do rozpłynięcia się, nie pozwala mu przechodzić po za oznaczone granice.

Gips złączony z pumeksem jest znacznie słabszy od czystego gipsu, jest łatwo łamliwy, a ponieważ przy zdejmowaniu wycisków za pomocą gipsu te często łamią się w ustach, to i wówczas pumeks oddaje wielką usługą. Sposób przygotowywania mieszaniny pumeksu i gipsu jest następujący: na $^1/_3$ szklanki (od herbaty) wody należy wziąć łyżkę stołową pumeksu, najpiew wsypać pumeks i ciągle mieszać go z wodą, rozcierać tak, żeby nie było grudek; gdy pumeks będzie należycie rozmieszany, należy wsypać małemi porcjami dostateczną ilość gipsu, mniej więcej tyle, ile używamy do odlewania modeli; po należytem rozmieszaniu gipsu z pumeksem dodaje się dla prędkiego stwardnienia masy $^1/_3$ łyżeczki od herbaty kali sulphurici. Szybkie lub powolne twardnienie zależy od ilości ostatniego.

Jama ustna naturalnie winna być uprzednio należycie przygotowana do zdjęcia wycisku. Należy zakryć wszystkie otwory w zębach fletcherem lub woskiem.

Łyżki do gipsu winny mieć brzegi nieco zaokrąglone do wewnątrz, jeżeli takich niema, należy je zrobić z wosku. Wewnętrzną powierzchnię łyżki należy również pokryć kroplami wosku; tylny brzeg łyżki należy obwieść woskową listewką. Masę pumeksowo-gipsową nalewamy tak, by tylny brzeg łyżki był zawsze zupełnie wolny od gipsu; łyżka nie powinna być całkowicie wypełniona gipsem. Brzegi łyżki, odpowiadające zanikłym częściom wyrostka zębodołowego, pokrywamy masą nieco więcej. Pacjent powinien siedzieć prosto, nieco poddając się naprzód.

Łyżkę wprowadzamy w ten sposób, by tylny brzeg jej stykał się ze szczęką wcześniej, niż przedni, a to dla tego, by zbytnia ilość gipsu nie wyciekała ze strony wejścia do jamy ustnej. Nie należy czekać, by gips zupełnie stwardniał. Gdy tylko gips przestanie rozmazywać się, należy ostrożnie wyjąć łyżkę i wszystkie odłamki zachować. Po połączeniu takowych z wyciskiem należy brzegi odłamków wzmocnić zapomocą gorącego wosku, następnie posmarować wycisk płynnym szellakiem, zaczekać aż ten wyschnie, posmarować oliwą i odlać model.

Gips łatwo oddziela się od łyżki, gdy takową nagrzewać nad lamką spirytusową.

Małemi kawałkami oddzielamy negatyw od modelu, i ostatni jest gotów. Dostawka, zrobiona podług takiego modelu, nie wymaga żadnych poprawek.

71) **Masa do otrzymywania odbitek z modeli** podług d-ra Eberle'go: 200,0 oliwy (Olivenöl); 250,0 kleju: 250,0 żelatyny; 350,0 gliceryny; 250,0 wody. Klej rozpuszcza się w wodzie (w kąpieli wodnej), następnie dodaje się resztę składników. Negatyw pokrywa się roztworem szellaku i wyoliwia się, następnie wlewa się gips. Model (odbitkę) wyjmuje się po 2—3 godzinach.

72) **O przyczepkach (klamrach).** Stwierdzonym jest fakt, iż pomiędzy plombami amalgamatowemi a przyczepkami (klamrami) złotemi spostrzegać się daje zjawisko elekrolityczne.

Zdaniem prof. Ad. Witzel'a, niema takiego amalgamatu, któryby nie działał na stykający się z nim metal (klamry, złote korony, płytki i t. d.). Najsilniej działają plomby z amalgamatu miedzianego, czystego miedzianego z domieszką cyny, następnie zaś amalgamaty srebrne. Amalgamaty platynowo-złote, zwłaszcza z domieszką niklu, działają bardzo słabo. Przyczepka ze złota 14-karatowego w zetknięciu z amalgamatem miedzianym już po kilku dniach traci swą barwę i robi się kruchą. Działanie elektrolityczne dotyczy nie tylko klamer. Amalgaty pod wpływem tego działania również ulegają rozpuszczeniu i prędkiemu ścieraniu. Czarny nalot (siarczany) przeszkadza prądom elektrycznym i chroni od nich poniekąd klamry i plomby.

Zęby, które na bocznych powierzchniach mają plomby z amalgamatu miedzianego, czystego lub z dodatkiem cyny, nie powinny być otaczane klamrami złotemi. Pacjentom zamożnym można tu dawać klamry z platyno-irydu, biedniejszym z grubego, twardego drutu nowosrebrnego (najzylbrowego). Jeżeli takie przyczepki otaczają ząb wokoło i muszą mieć przylutowany wąsik (ogonek) do umocowania w kauczuku, to miejsce złączenia (zlutowania) winno być koniecznie pokryte kauczukiem, bowiem inaczej łączno (lut) się rozleci. Przyczepki protez metalowych nie powinny nigdy się stykać z plombami z amalgamatu miedzianego, gdyż łączno w takim razie się rozleci.

Dla zębów, plombowanych amalgamatami srebrnemi lub takiemiż z dodatkiem złota, prof. Witzel zaleca o ile można przyczepki platynowo-irydowe lub nowosrebrne. Tylko w przypadkach wyjątkowych, gdy jesteśmy pewni, że amalgamat zawiera platynę i złoto lub też platynę-złoto-srebro-cynę z dodatkiem niklu, możemy otoczyć zęby

plombowane przyczepką złotą, lecz i to tylko w kilka tygodni po założeniu plomby, a nie zaraz na plomby świeże. Nie powinniśmy przytem nigdy zapominać, że dla wszystkich plomb amalgamatowych wskutek procesów elektrolitycznych szkodliwe jest otoczenie przyczepką metalową (podł. prof. A. Witzel'a).

73) **Yatren** — nowy preparat jodowy — jodsulfonorthooksybenzolpyridin — żółty proszek krystaliczny bez odoru, zaw. do 30% jodu, rozpuszczalny przy t° 70 — 80 C. w stosunku 10%; przy stosowaniu działa jako cały kompleks chemiczny, nie oddzielając jodu, jak to czynią inne tego rodzaju preparaty jodowe; działa silnie bakterjobójczo i stanowi aktywujący w sensie terapji proteinowej środek; nie drażni normalnej tkanki, nie hemolizuje czerwonych ciałek krwi, nie wstrzymuje fagocytozy i wytwarzania aglutyniny. Bakterjobójcze własności zbadane zostały przez Dietricha na myszach, którym wstrzykiwano dawki śmiertelne hodowli prątka zapalenia płuc (pneumobacillus s. bacillus pneumoniae Friedländer) z dodatkiem yatrenu (Deut, med. Wochenschrift nr. 39 r. 1920). Myszy pozostały żywe, gdy tymczasem kontrolne zdychały. Doświadczenia te skłoniły klinicystów do przeprowadzenia szeregu badań nad działaniem yatranu. W chirurgji stosowanie wskazane jest wszędzie, gdzie dotychczas używany był jodoform, w stosunku do którego pierwszy posiada szereg zalet, nie będąc trującym, natomiast stanowi proszek rozpuszczalny bez odoru i ostrego smaku; rany szybko wysychają, obumarłe tkanki prędko oddzielają się, ustępując miejsca świeżej ziarninie. Yatren rozpuszcza się w wydzielinie rany i nie prowadzi do wytwarzania się strupów; posiada następnie własności hemostatyczne; bywa kombinowany z caseosanem (yatrencaseosan); daje dobre wyniki przy leczeniu nieżytów śluzówek i różnych innych schorzeń (czerwonki, chorób zakaźnych, oczu, uszu, gardła); dodatnie wyniki otrzymywano przy dożylnem stosowaniu i podawaniu wewnątrz w postaci pigułek przy nieżycie śluzówki j. ustnej i ropocieku zębodołowym (Deut. Z-che Woch. 6 — 7 r. 1922; Zft für Stomatol. 11 r. 1922). Do wstrzykiwań podskórnych yatren zwykle bywa używany w postaci 5% roztw. (sprzed. w ampułkach).

74) **Caseosan** — wyjałowiony 5% rozczyn kazeiny dla celów terapji proteinowej (białkami); wyrabia fabryka chemiczna Heyden — Drezno. Sprawa podskórnego stosowania ciał białkowych staje się obecnie kwestją nader ważną w immunoterapji. Słuszniej byłoby zaliczyć sprawę tę do dziedziny pogranicznej pomiędzy immunoterapją (leczenie przez uodparnianie) a farmakoterapją, zwłaszcza tam, gdzie winna się rozstrzygnąć kwestja, której środek fabryczny może być zalecany w codziennej praktyce lekarskiej. Obecnie najbardziej rozpowszechnionym środkiem w terapji proteinowej jest wspomniany wyżej **caseosan**. Sposób przygotowywania trwałego preparatu kazeinowego jest tajemnicą fabryki. Zalety tego preparatu — możność dawkowania, co przy obecnym stanie terapji proteinowej ma nader ważne znaczenie.

Caseosan wywołuje miejscowy odczyn zapalny i szybkie oczyszczenie ogniska, spotęgowanie czynności różnych narządów lub całego systemu narządów i wreszcie spotęgowaną zdolność ścinania krwi.

Wszystkie reakcje organizmu na wprowadzane doń obcych ciał białkowych mają przy użyciu caseosanu przebieg łagodny.

Wskazania do stosowania preparatu: schorzenia septyczne, którym towarzyszą miejscowe ogniska ropne (ropówka, czyrak, zapal. gruczołów chłonnych, róża), małokrwistość i krwawienia (plamica krwotoczna s. purpura haemorrhagica, krwawiączka s. haemophilia i inne), w cierpieniach oczu i uszu, w chorobach na tle gruźliczem w różnych okresach, w chorobach zakaźnych i t. d.; w cierpieniach j. ustnej: przy leczeniu zapalenia dziąseł (gingivitis), śluzówki j. ustnej (stomatitis), zapalenia ozębnej (periodontitis), ropocieku zębodołowego (pyorrhoea alveolaris) i różnych spraw ropnych w jamie ustnej.

Stosuje się śródmięśniowo, śródskórnie lub dożylnie. Według Sindiga (Münchener Mediz. Woch, 1919 nr. 33) caseosan dawkuje się najlepiej w ten sposób: na początku wstrzykuje się dożylnie $\frac{1}{2}$ ccm., co zwykle pacjent znosi bez jakiejkolwiek reakcji; po 2 dniach dawkę tę podwaja się; w dalszym ciągu wstrzykiwania powtarzane są jeszcze 2—3 razy z przerwami 2—3-dniowemi; zwykła dawka caseosanu ustalona jest na 1 ccm., którą w dalszym ciągu można powiększyć do $1\frac{1}{2}$—2 ccm.; odnosi się to do śródmięśniowego wstrzykiwania preparatu.

*K.*

---

# Odgłosy.

I

## Organizacja pomocy dentystycznej w szkołach a sprawa wolnego wyboru dentysty.

Stosownie do „Instrukcji dla dentystów szkolnych", zatw. przez Min. Zdrowia Publ. w porozumieniu z Minist. Wyznań Relig. i Oświecenia Publ. z dnia 8 paźdz. 1919 r. za nr. 35210/dep. 7181 punkt 8, dopuszczone jest „porządkowanie" jamy ustnej uczniów resp. uczenic poza obrębem zakładu naukowego, t. j. przez dentystę nieszkolnego (na własny rachunek ucznia).

Pozostawiając omówienie poszczególnych punktów „Instrukcji" na później, należy tu zaznaczyć, iż w organizacji szkolnej pomocy dentystycznej punkt powyższy ma nader ważne znaczenie.

Pomoc lekarska dla dzieci wogóle, jak i dentystyczna w szczególności, eni może być krępowana żadnemi instrukcjami. Głos lekarza domowego, jak również dentysty, w stosunku do lekarza szkolnego, który swoją pracę przeważnie poświęca sprawom hygjeniczno-sanitarnym zakładu naukowego, nie może bynajmniej nie być poważnie trakotwany. Składa się na to cały szereg motywów, o których nie mamy potrzeby tu się rozwodzić.

I nic dziwnego, iż pomimo istnienia lekarzy szkolnych uczniowie w całej rozciągłości korzystają, t. j. korzystać mogą z pomocy lekarskiej w różnych dziedzinach poza obrębem zakładu naukowego. Rzecz prosta, w pewnych okolicznościach dla dobra sprawy lekarz

prywatny komunikuje się z lekarzem szkolnym. Są to fakty znane, przez władze szkolne oraz społeczeństwo tolerowane.

Na terenie b. zaboru rosyjskiego z 54 gimnazjów państwowych w 45 byli czynni szkolni dentyści (1914—20). W wielu zakładach naukowych prywatnych również podobno pracuje pewna liczba dentystów w odpowiednio urządzonych ambulatorjach dentystycznych szkolnych. Zgodnie z obowiązującemi przepisami dentysta szkolny pracuje w szkole 2½ godz. dziennie. Oczywiście, wielu dentystów szkolnych niezależnie od stanowiska w szkole zajmuje się również praktyką prywatną.

Otóż komunikują fakty, iż podczas dokonywania oględzin zębów uczniów resp. uczenic przez niektórych dentystów szkolnych i stwierdzenia w odnośnych przypadkach zepsutych zębów uczniom proponowana jest „osobista“ usługa, aczkolwiek dzieci samorzutnie wymieniają swoich stałych domowych dentystów, wśród których bynajmniej niema wyłącznie świeżo upieczonych i protegowanych praktyków.

Nie mówimy, naturalnie, o dzieciach niezamożnych, które korzystać muszą z pewnych względów z pomocy szkolnej. Te leczone są przez dentystę szkolnego w ambulatorjum dentystycznem bezpłatnie (podobno) na koszt zakładu naukowego. O takich pacjentach nie mówimy, a i nikt o nich nie myśli.

Na powyższe zjawisko narzucania swoich usług i usilnego nieraz rekomendowania przez osoby wpływowe swoich pracowników należy zwrócić uwagę.

Nikt nie wątpi o słuszności uwagi ministerjalnej; korzystna ona przedewszystkiem jest dla dzieci. Nikomu jednak nie wolno narzucać dentysty, który wszak nie obejmuje swej „posady“ drogą jakiegoś konkursu.

Nie jest bynajmniej tajemnicą, iż, jak wszędzie, w obecnym okresie chaosu i popierania swoich ludzi, w wypadkach ubiegania się o posadę w tej lub innej instytucji, często ten zwycięża, kto ma za sobą silne plecy. Ani długoletnia praktyka, ani praca naukowa, ani też społeczna nie odgrywają nieraz żadnej roli. A nie można wszak powiedzieć, iż wybrańcy na stanowiska szkolnych lekarzy - dentystów zawsze należą do najlepszych naszych sił dentystycznych.

A właśnie organizacja szkolnego zębolecznictwa z nader wielu względów wymaga nie protegowanych młodych przedstawicieli, lecz poważnych, dobrze orjentujących się, kompetentnych, obeznanych ze szkolną hygjeną zębów, tą specjalną dziedziną dentystyki, która gdzieindziej a i u nas już liczy bogatą literaturę. A wiadomo, ile ta dziedzina wymaga usilnej pracy, zwłaszcza u nas w kraju, gdzie 94% dziatwy szkolnej choruje na zęby.

Dentysta szkolny nie może być uważany jako rzemieślnik, pracujący w warsztacie-ambulatorjum dentystycznem szkolnem. W działalności dentysty szkolnego jaskrawo uwydatnia się cały szereg naszych dążeń ideowych do sanacji opłakanego stanu hygjeny zębów wśród dziatwy szkolnej.

Pomimo istnienia sporej już liczby dentystów resp. dentystek szkolnych, o żadnej konkretnej pracy w tym kierunku nie słychać wcale. Dowodzi to, iż ten ważny dla społeczeństwa dział zębolecznictwa z małemi tylko wyjątkami znajduje się w nie zupełnie odpowie-

dnich rękach. A starania wyłącznie do spotęgowania praktyki i oficjalnego wykonywania zabiegów praktycznych nie prowadzą bynajmniej do celu, wytkniętego przez naukę i wymagania społeczne.

Że oględziny zębów uczniów resp. uczenic winny być uskuteczniane przez dentystę szkolnego, o tem nie należy wątpić, również opieka ogólna w tej mierze winna bezsprzecznie należeć do obowiązków tegoż. Lecz wykonywanie wszelkich zabiegów, związanych z leczeniem i t. d., nie może i nie powinno być wyłączną prerogatywą pojedynczej osoby. Tu monopol istnieć nie może. Są rodziny, które mają swoich domowych dentystów, do których odnoszą się z zupełnem zaufaniem, jak i do lekarzy różnych specjalności. Skierowywanie więc dziatwy szkolnej z pewnych względów wyłącznie tylko do swego dentysty szkolnego zaufanie to niesłusznie podkopuje i materjalnie nawet krzywdzi domowego dentystę.

Pamiętamy aż nadto dobrze, jaki był opłakany stan szkolnej dentystyki za czasów rosyjskich. Istniała ona tylko oficjalnie na papierze: nie można było myśleć o racjonalnej organizacji tejże. Instrukcji było dużo, projektów różnych wiele, a czynów rzeczywistych bardzo mało.

W celu zdobycia praktyki i stosunków dla różnych celów, słabsze siły, jak również niektórzy sprytni praktycy różnemi drogami i sposobami, korzystając z protekcji (mówimy przeważnie), urządzali dla siebie stanowiska szkolnych dentystów za mizerne wynagrodzenie, a nawet pracowano bezinteresownie! Taki stan rzeczy wywołał w dziedzinie szkolnej pomocy dentystycznej anarchję a nawet demoralizację. Osoby zainteresowane urządzały wprost nagankę na posadki, które naturalnie otrzymywano...

Aby dostarczyć swym protegowanym „roboty", osoby wpływowe uczniom narzucały owych szkolnych dentystów. A zauważyć należy, brano ceny solidne. Rodzice wobec nakazów przeróżnych „kłasnych nastawnikow" (wychowawców klasowych), dyrektorów i inspektorów nolens-volens z konieczności musieli korzystać z protegowanej pomocy dentystycznej, nie chcąc się narażać władzy.

Wobec takiego sposobu traktowania sprawy o racjonalnej pomocy dentystycznej, jak również o wolnym wyborze dentysty, nie można było myśleć. Ogół nasz musiał tej hecy oficjalnej się przyglądać, nie mogąc nic uczynić.

Gdy swego czasu redakcja nasza złożyła dyrekcji okręgu naukowego warszawskiego obszerny memorjał w sprawie zorganizowania racjonalnej pomocy dentystycznej w szkołach, w którym wzorowano się na krajach kulturalnych z uwzględnieniem naszych warunków i wymagań, nastąpiła po długim czasie odpowiedź, iż jest to sprawa przedwczesna (preždiewremienno) i wobec szczupłych funduszów skarbu pomoc ta nie może być zrealizowana w najbliższej nawet przyszłości. Tymczasem przy niektórych gimnazjach mianowano bez praw służby państwowej „swoich" dentystów (resp. dentystki) szkolnych, którym ze specjalnych jakoby funduszów danego zakładu płacono honorarjum. Było ono jednak przeważnie fikcją, bowiem liczono na owieczki-uczniów, którzy dobrze a nawet bardzo dobrze płacili szkolnym dentystom za różne zabiegi dentystyczne i niedentystyczne; gro-

no profesorów, rzecz prosta, korzystało z pewnych przywilejów, t. j. z darmochowej „pomocy“, nieraz b. kosztownej.

Należy bezstronnie jednak zaznaczyć, iż w niektórych specjalnych zakładach nnukowych pomoc dentystyczna dla wychowańców i personelu naukowego była zorganizowana wzorowo (Instytut Maryjski, korpus kadetów, I gimn. żeńskie). A należało to bezwzględnie zawdzięczyć kierownikom odnośnych ambulatorjów dentystycznych, ludziom solidnym, którzy umieli sprawy kierować na własciwe tory.

Czasy powyższej „racjonalnej“ organizacji pomocy dentystycznej w szkołach, na szczęście, bezpowrotnie minęły. Fakty jednak, które z czasem znacznie uzupełnimy, niech przejdą do historji.

My, dentyści polscy, mając jedynie na względzie dobro odradzającego się w nader ciężkich warunkach Państwa i społeczeństwa, pragniemy, by w omawianej nader ważnej dziedzinie szkolnej hygjeny zębów i jamy ustnej, która to nas specjalistów aż nadto obchodzi, zapanował jakiś ład. Dziedzina ta w ogólnej naszej pieczy o zdrowie dorastającego pokolenia nie może i nie winna być traktowana po macoszemu. Nie może ona być załatwiona według widzimisię tylko poszczególnych zarozumiałych jednostek.

Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publ., które w tak krótkim czasie odbudowy Państwa dawało i daje aż nadto wiele dowodów swej owocnej i nieustającej pracy dla dobra Państwa, mającej stanowczo również na względzie zdrowie młodzieży szkolnej, tych przyszłych naszych filarów Państwa, winno wejrzeć w tę sprawę. Przedewszystkiem instytucja lekarzy szkolnych, istniejąca przy wzmiankowanem Ministerstwie winna wykazać większe zainteresowanie co do organizacji pomocy dent. w szkołach.

Nie mamy potrzeby tu rozwinąć tematu o szkodliwości wadliwego uzębienia dla całego organizmu dziecka; wiemy np. aż nadto dobrze, jaki nadzwyczaj ujemny wpływ mają spróchniałe zęby na gruczoły chłonne dziecka, jaką choroby te odgrywają rolę w etjologji gruźlicy, zwłaszcza w wieku młodym. Musi być bezwarunkowo rozwinięta szersza akcja, bynajmniej nie w imię interesów jednostek i dla urzeczywistnienia li tylko okólników oficjalnych.

„Instrukcja“, wydana dla dentysty szkolnego, jak i inne tego rodzaju cyrkularze, opracowane w dobrze znanym już stylu sposobem dekretowym, daleko sprawy nie posuną. W tym sposobie rozwiązania nader ważnej sprawy uwydatnia się zupełny brak szerszego zainteresowania się ogólnie znaną sprawą. Policyjne przepisy bezwzględnie nam nie wystarczą; mogą one bardzo nawet straszyć siły niedoświadczone, lecz specjalna dziedzina w tych razach niewiele zyska. Nie widzimy wśród tych sił najmniejszego zainteresowania się powierzoną im ważną sprawą. Raporty, suche dane statystyczne, wypełnianie chaotycznie bez podstaw naukowych opracowanych szematów — oto wytyczne, po których linji toczy się obecnie działalność naukowo-społeczna naszych obecnych dentystów szkolnych. O kierunku uświadamiającym nic jakoś dotychczas nie słyszeliśmy. A istniejąca pod tym względem luka wymaga właśnie interwencji sfer miarodajnych. Mechaniczne realizowanie obowiązków dentysty szkolnego nie odpowiada w zupełności wytkniętym planom.

W celu pomyślnego rozwiązania nader ważnej sprawy wzorem innych dziedzin, podległych kompetencji Ministerstwa Oświecenia, należałoby dla dobra sprawy bliżej ją rozpatrzeć w szerszem gronie osób kompetentnych, a nie działać podług wskazówek jednostek, dążących do ujęcia kierownictwa wszędzie, gdzie korzystać można z odnośnego poparcia.

Jak widzimy z dotychczasowej działalności szkolnych dentystów, cała sprawa nosi cechy wyłącznie pewnej tylko oficjalności, jest w znacznym stopniu zagmatwana ze szkodą dla samej organizacji racjonalnej pomocy dentystycznej w szkole.

Ministerstwo Oświecenia winno dla dobra sprawy za pośrednictwe instytucji lekarzy szkolnych przeprowadzić pewną reformę w dziedzinie racjonalnej pomocy dentystycznej dla uczniów powierzonych jego pieczy uczelni, dzięki której bezwzględnie przyczyni się do podniesienia poziomu szkolnej hygieny zębów w naszym kraju.

Należałoby uwzględnić następujące dezyderaty:

1) obowiązków lekarzy-dentystów szkolnych stanowczo nie winny pełnić niedoświadczone ew. małokompetentne siły dentystyczne;

2) stanowiska szkolnych lekarzy-dentystów winny obejmować osoby w drodze konkursu, jak to się dzieje w innych dziedzinach naszego życia prawno-państwowego (mianowanie ordynatorów, lekarzy szkolnych, asystentów i t. p.); przyjmowanie lekarzy-dentystów szkolnych drogą popierania swoich ludzi bezwględnie ujemnie odbija się na racjonalnej pomocy dentystycznej dla dzieci, bowiem tą drogą przeważnie na te stanowiska dostają się siły małouzdolnione, niekompetentne, a nawet zupełnie niedoświadczone, taki stan rzeczy, jak nieraz mieliśmy możność się przekonać, podkopuje zaufanie do szkolnego dentysty ze strony rodziców i dobrze orjentującego się ciała nauczycielskiego;

3) osoby, stające do konkursu celem objęcia stanowiska szkolnego lekarza-dentysty, mają stwierdzić swe kwalifikacje praktyczne i teoretyczne, jak również wiedzę z dziedziny szkolnej hygieny zębów i jamy ustnej; nie mniejsze znaczenie ma wymaganie odnośnych prac naukowych, co przyczynić się może do podniesienia poziomu ubogiego naszego piśmiennictwa naukowo-specjalnego; tego rodzaju wymagania konkursowe stawiane są wszędzie, gdzie odnośne kierownictwo istotnie dba o to, by ważne stanowiska obejmowały sprawiedliwie jednostki odpowiednie;

4) stanowisko szkolnego lekarza-dentysty bezwzględnie winno kojarzyć w jednej osobie popularyzatora hygieny zębów i jamy ustnej i lekarza; jest to czynnik nader ważny, bowiem placówka ta bardzo przyczynić się może do rozwoju tego działu hygieny społecznej i zwalczania różnych przesądów i uprzedzeń, jakie u nas dotychczas istnieją pod względem leczenia zębów dzieci i to nie tylko w sferach niższych, lecz i średnich a nawet wyższych; pod tym względem stanowisko to nosi nawet pewne cechy wychowawczo-społeczne;

5) lekarz-dentysta szkolny nie może mieć żadnego monopolu na leczenie zębów uczniów resp. uczenic danego zakładu naukowego, bowiem taki stan rzeczy zakłóca harmonję pomiędzy dentystą domowym a rodzicami ucznia; z tychże względów nie może mieć miejsca

w imię zachowania powagi żaden nakaz przełożonych, jak również propozycje dentysty szkolnego chociażby w najniewinniejszej formie;

6) działalność dentysty szkolnego nie może być ograniczona, jak to się dzieje obecnie; nosi ona przeważnie cechy pomocy doraźnej a w godzinach zajęć szkolnych ma nawet pewien ujemny wpływ na bieg tychże zajęć, bowiem odrywa uczniów od nauki; pod tym względem winna być opracowany racjonalny jednolity plan udzielania tej pomocy uczniom;

7) dentysta szkolny winien również mieć pewien kontakt z rodzicami uczniów drogą urządzania okresowych konferencji i pogadanek na temat hygieny zębów i jamy ustnej, wykazując nader ważne znaczenie tej dziedziny hygieny społecznej i wpływ narządu zębowego na stan zdrowotny ucznia;

8) pożądany również jest pewien kontakt dentysty szkolnego z dentystą domowym ucznia, bowiem wspólne porozumienie może wyjaśnić różne sprawy;

9) wobec niezbędnych oszczędności i braku wykwalifikowanych lekarzy-dentystów, pragnących objąć stanowiska przy zakładach naukowych, kilka uczelni może zaangażować jednego lek.-dentystę, przyczem plan jego zajęć może być odnośnie podzielony;

10) wobec znacznej obecnej drożyzny utensyljów dentystycznych, narzędzi i materjałów, na których nabycie wymagane są miljonowe sumy, władze winny zezwalać na przyjmowanie uczniów w prywatnym zakładzie dentysty szkolnego, odpowiadającym wszelkim wymaganiom, więcej nawet, aniżeli doraźnie urządzone wielkim nakładem wydatków ambulatorjum dentystyczne szkolne; przyjmowanie uczniów we wszystkich przypadkach z łatwo zrozumiałych względów odbywać się tu może poza przestrzeganą koleją;

11) perjodyczne oględziny zębów uczniów, wykonywane przez szkolnych lekarzy-dentystów, winny gromadzić cały materjał statystyczny, ilustrujący stan zębów i jamy ustnej uczniów, materjał ten ze względów społecznych nie może nosić cech tajemnicy, jak to się obecnie dzieje; ogół zawodowców, orjentujący się w materjale, nie jest wtajemniczony w omawiane sprawy; również nic nie wiemy o działalności obecnych szkolnych dentystów, którzy niewiadomo dlaczego wbrew przyjętemu zwyczajowi o swojem „posłannictwie" milczą;

12) wobec panującego chaosu w rejestrowaniu leczonych uczniów sprawa ta winna być uregulowana jednolicie; w tym celu należałoby ogłosić konkurs na opracowanie najdokładniejszej karty rejestracyjnej, bowiem szybkie załatwienie pacjenta zaoszczędza wiele czasu; toż samo dotyczy wszelkich raportów, zestawień statystycznych, tablic i t. d., które również winny być jednolicie opracowane; indywidualne traktowanie sprawy przez poszczególnych dentystów szkolnych bynajmniej nie prowadzi do celu i utrudnia orjentowanie się, zwłaszcza młodym przedstawicielkom dentystyki;

13) pomoc dentystyczna dla uczniów resp. uczenic winna być zorganizowana zarówno dla szkół państwowych, jak prywatnych, zgodnie z rzuconym wyżej projektem;

14) dla dzieci szkół początkowych, podległych Ministerstwu Oświecenia, winny być zorganizowane odnośne ambulatorja dentystyczne,

przyczem jedno ambulatorjum obsługiwać może kilka szkółek (o zorganizowaniu tych ambulatorjów pomówimy później);

15) należy bezwzględnie zaprowadzić we wszystkich zakładach naukowych perjodyczne obowiązkowe oględziny zębów uczniów resp. uczenic; wyniki tych oględzin ustalą stan narządu zębowego naszej uczącej się dziatwy w różnym wieku, stwierdzą wpływ różnych czynników na rozwój próchnicy zębów wśród tejże, co przyczyni się do skuteczniejszej walki z osobliwie ostatnio rozwielmożniającem się cierpieniem wśród dziatwy szkolnej w naszym kraju;

16) szkolni lekarze-dentyści winni się skupić w jedną organizację i być w stałym kontakcie z instytucją szkolnych lekarzy; organizacja taka, zdaje się, nie winna być instytucją zamkniętą; głosy kompetentnych kolegów, stojących poza jej obrębem winny być przyjmowane pod uwagę, bowiem dzięki tej współpracy może być rozwiązana niejedna ważna sprawa.

Podaliśmy ogólny szkic pożądanej reformy dentystyki szkolnej. W memorjale, który mamy zamiar skierować do Ministerstwa Oświecenia, a który obejmie całokształt organizacji pomocy dentystycznej w szkole, wzorowany na innych krajach kulturalnych, wyłuszczymy szczegółowo wszelkie pożądane zmiany w tej dziedzinie.

Pragnąc, by głos kolegów był również uwzględniony, zaznaczamy, iż chętnie skorzystamy z wszelkich w tej mierze uwag kolegów i odnośnego materjału w tej sprawie, do nas skierowanego.

Sprawa jest nader ważna. Nie zwlekajmy więc...

*Kr.*

## II.

## Kasa Chorych a... protekcja.

Nie jest tajemnicą, iż zorganizowana w Kasach Chorych pomoc dentystyczna pod różnemi względami szwankuje. Każdy niemal z nas ma w praktyce codziennej do czynienia z pacjentami, korzystającymi z pomocy dentystycznej w Kasach Chorych. Słyszymy narzekania robotników, nie mówiąc już o inteligentach, nie chcących wobec wyrobionej opinji korzystać z tej pomocy, pomimo, iż wpłacają dosyć wysokie składki miesięczne.

Odkładając szersze omówienie tej sprawy do czasu przyszłego, uważam za właściwe spytać, czem Kasa Chorych w Warszawie się kieruje przy mianowaniu tej lub innej osoby na stanowisko pracownika dentystycznego? Wielu kandydatów, pomimo, iż ma wszelkie kwalifjkacje do objęcia stanowiska pracownika (dłuższa praktyka, referencja i t. d.), nie może się doczekać posady, aczkolwiek w międzyczasie cierpliwego wyczekiwania mianowane są osoby, znacznie krócej i mniej cierpliwie czekające. Nie przypuszczam, by tak poważna instytucja społeczna, jaką jest Kasa Chorych, kierowała się względami natury politycznej lub innej. Gdyby tak było, zaznaczono by w warunkach obejmowania posad w Kasie Chorych. Tych uwag jednak nie spotykamy. W grę tu bezwzględnie wchodzi inne zjawisko, od którego, niestety, nie są wolne różne nasze instytucje. Jak wszędzie, i tu pewną rolę gra bez wątpienia rozwielmożniająca się u nas coraz

bardziej protekcja; fakt ten nie jest już bynajmniej tajemnicą; bez protekcyjki trudno objąć posadę dentystyczną w Kasie Chorych. Znany mi jest dla przykładu fakt nieuwzględniania dotychczas próśb dwu koleżanek St. i Gez., solidnych pracowniczek, które posiadały dostateczne referencje i złożyły odnośne podania na samym początku organizowania się tutejszej Kasy Chorych.

Kierownik działu personalnego, dr. Koneczny, przez czas dłuższy załatwiał prośby petentek... obietnicami. Jeżeli dla d-ra Konecznego zwykle praktykowana kolejność podań nie ma znaczenia, to winien ogłaszać odnośne konkursy, jak to się dzieje z obejmowaniem posad przez innych specjalistów (np. lekarza-rentgenologa, o którym to konkursie czytaliśmy w pismach codziennych).

Komisarz Kasy, jak również naczelny lekarz Pawłowicz, gdyby interesowali się bliżej sprawą mianowania lekarzy-dentystów przy Kasie Chorych, przekonaliby się zapewnie, iż nie jedna osoba, której staranie zasługuje na uwzględnienie, została pokrzywdzona, pomimo częstych konferencji z dr. Konecznym i angażowania innych.

Tak poważna instytucja społeczna, jaką jest Kasa Chorych, zdaje się, nie powinna się kierować żadnemi innemi względami, prócz przyjętego w całym świecie zwyczaju przestrzegania pewnej kolejności, naturalnie, licząc się z kwalifikacjami petentów oraz referencjami osób zaufanych. Inne względy nie są dopuszczalne.

Zarząd Kasy Chorych winien się zainteresować powyżej omawianą sprawą, dobrze się rozejrzeć, sprawdzić odnośne dokumenty i nie dopuścić w przyszłości do krzywdzenia osób, zasługujących na zaufanie, i które bezwzględnie pracowałyby z pożytkiem dla Kasy.

*N. N.*

---

# Kronika i sprawy zawodowe.

— **Słuszna uwaga.** Koledzy komunikują nam co następuje. W niektórych pismach tutejszych ukazało się ogłoszenie tej treści: „Dentystycznego Instytutu studentka poszukuje posady asystentki. Oferty...“

Należałoby wyjaśnić, czy prywatni dentyści mogą się posiłkować jako asystentami studentkami resp. studentami dentystyki?

Dawniej z powyższej pomocy korzystali wbrew przepisom prawnym „specjaliści“, mający na względzie bezpłatną pracę. Nie zważali oni na istotną wartość tej pomocy, nieraz samodzielnej. Prawo umieli oni kierować na lewo. Jeżeli od czasu do czasu na skutek interwencji zrzeszeń dentystycznych dawny Urząd lekarski reagował, zawsze niemal po pewnym czasie wszystko wracało do poprzedniego stanu. Obecnie, jeżeli w prasie ukazują się anonsy powyższej treści, widocznie sprawa asystentur osób niedyplomowanych bynajmniej nie przeszła do historji. Z drugiej strony — korzyść dla uczącej się młodzieży jest wątpliwa; „systemy“ leczenia owych szefów, których poradnie nieraz noszą cechy warsztatów, mają już swoją opinję, a by-

najmniej nie może to mieć dodatniego wpływu na przyjęty w Instytucie system nauczania. Młodzież sama w imię własnego dobra winna unikać wszelkich „zachęcających“ asystentur, najczęściej bezpłatnych, lub nader marnie opłacanych, nie prowadzących do żadnego celu.

Kierownictwo Instytutu, które, jak wiadomo, dba o dobro uczącej się młodzieży, winno wypowiedzieć się w tej sprawie.

= **Wolna praktyka dentystyczna dla obcokrajowców.** W Meksyku każdy lekarz-dentysta może się osiedlić i wykonywać praktykę dentystyczną. Egzamin krajowy nie jest wymagany.

W Hondurasie (Brytyjskim) aprobacja angielska pożądana, jednak prawo praktyki przysługuje każdemu lek.-dentyście. Widoki są niepewne.

W Marokko niema specjalnego prawa, zabraniającego zajmowania się praktyką lekarzom-dentystom innych państw (Zche R 7. 1922).

= **Dentystyczny instytut uniwersytecki** otwarty został w Neapolu. Dyrektorem mianowany został prof. Raffaele d'Alise, autor wielu prac naukowych.

= **Liczba egzaminujących się na stopień lekarza-dentysty w Sztokholmie** w roku ub. wynosiła 69 (wśród tych 1 dr. den. med. niem. i 1 dr. med. austr., którzy nie mieli aprobaty dentystycznej, wymaganej w Szwecji). Na ogólną liczbę 69 kandydatów było 24 kobiet (podł. Svensk Tandläkare Tidskrift z 5 r. 1921).

= **Udział osób wojskowych w stowarzyszeniach, życiu politycznem i prasie.** Dziennik Rozk. nr. 41 r. 1921 omawia warunki wymienionego w nagłówku udziału osób wojskowych. Przepisy obejmują 9 artykułów (3 główne). Zgodnie z art. 1 wojskowym podczas służby w szeregach niewolno należeć do żadnych stowarzyszeń, związków, partji ani zrzeszeń, które mają jakikolwiek charakter polityczny. Jeżeli chce należeć do związków lub stowarzyszeń, które nie mają charakteru politycznego, winien uzyskać zezwolenie swego D. O. G. (korp.) lub o ile takiemu nie podlega, władzy wojskowej równorzędnej lub wyższej.

= **Gotowe preparaty dentystyczne:** 1) „Provident“ — plomba czasowa zestawiona podł. przepisu amerykańskiego; rozrabia się łatwo, jak fletcher-cement, szybko się wiąże (płyn z proszkiem), twardnieje przy dostępie śliny, trzyma się doskonale w ubytku próchnicowym; mało się zużywa, posiada lekko-żółtą barwę, zbliżoną do barwy zęba. 2) „Euzithym“—pasta do wypełniania kanałów korzeniowych; zawiera znaczną ilość tymolu; składa się z proszku i płynu; rozrabia się jak zwykły cement na szkiełku do konsystencji śmietany; dzięki zawartym składowym cześciom daje wyraźne cienie rentgenologiczne, posiada silne własności przeciwgnilne, w ciągu 1—2 dni staje się nieco twardszą, aniżeli fletcher-cement (czasowy) i zachowuje tę konsystencję na czas dłuższy, nie kurczy i nie kruszy się; w koniecznych przypadkach jest łatwo usuwalna z kanału. 3) „Kamphenol“ wkładka przeciwgnilna do kanałów korzeniowych i traktowania schorzeń, od zębów pochodzących, i do stosowania jako środek pomocniczy przy ropocieku zębodołowym. 4) „Kreoform“—pasta do wypełn. korzeni,

posiada własności przeciwgnilne w wysokim stopniu używane do przykrywania amputowanej miazgi i daje wyraźne cienie rentgenologiczne. Preparaty powyższe wyrabia: „Chromol" — Fabrik für chemische Produkte Pharmazeutischkosmetische Abteilung. Wien XIII, Mosslachergasse 4. Tamże do nabycia gotowe dozy trójkrezolformoliny (Trikresolformalin) i antiforminy (antiforminum).

= **Brak lekarzy - dentystów w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.** Pomimo istnienia w tym kraju 46 szkół dentystycznych, zauważyć się daje znaczny brak wyszkolonych dentystów. Prezes zrzeszenia lekarzy - dentystów „National Dental-Association", dr. Hartzel, zwraca uwagę, iż w Stanach Zjednoczonych konieczna jest pięciokrotnie większa liczba wyszkolonych lekarzy-dentystów, aby zabezpieczyć ludność w niezbędną pomoc dentystyczną. Obecnie liczba lek. dentystów w Stanach wynosi 44,000 przy liczbie 100 miljonów ludności. Poważnem dążeniem rządu amerykańskiego jest lepsze wyszkolenie przyszłych lekarzy - dentystów. Kandydatom stawiane są coraz większe wymagania, przyczem szkoły dentystyczne mają poważne poparcie rządu.

Dr. Fiesel w referacie, wygłoszonym w powyżej wzmiankowanem zrzeszeniu dentystycznem, wzmiankował o postępach czynionych w wykładach poszczególnych przedmiotów. W latach od 1908—1919 włącznie studjowało dentystykę 28,500 osób. Wynosi to rocznie dopływ 2375 lekarzy-dentystów przy jednoczesnem zmniejszeniu się z różnych powodów 1777 praktyków, rocznie więc średnio przybywa 598 lekarzy-dentystów, co stanowi liczbę zbyt nikłą.

Służba dentystyczna we flocie nie jest obecnie obsadzona w 1/3 części, bowiem prywatna praktyka odciąga większość praktyków (Dental Summary 5.1921).

= **Liczba lekarzy-dentystów w Brazylji** podług Durval Bandeira de Sousa (Boletim Odontologico nr. 30 r. 1921, Brazylja) wynosi 168. 100-ą rocznicę uzyskania niepodległości z jednocześnie odbyć się mającemi różnemi kongresami naukowemi w Rio de Janeiro dn. 7 września r. 1923 T-wo brazylijskich lekarzy-dentystów zwołuje kongres odontologiczny. Do tegoż terminu T-wo organizuje własnym kosztem klinikę dentystyczną (bezpłatną) dla ubogich dzieci.

= **Liczba studentów - medyków na wszechnicach niemieckich** w sem. 1921 podług zestawienia „Promedicus" wynosiła 15,870 osób, (13,933 mężcz. i 1,937 kob.) Dentystykę studjowało 4,921 osób (4,609 mężcz. i 312 kob.). W porównaniu z r. 1920 liczba medyków zmniejszyła się o 2,883 osób, gdy liczba studjujących dentystykę powiększyła się znacznie (o 4,643). Studentów-medyków na poszczególnych wszechnicach było: Berlin — 1,930 m. i 474 kob., Wrocław — 759 m. i 92 kob., Frankfurt n. M. — 478 m. i 46 k., Göttingen — 482 m. i 70 k., Greifswald—396 m. i 34 k., Halle—369 m. i 50 k., Kiel—468 m. i 62 k., Kolonja — 444 m. i 29 k., Królowiec — 391 m. i 60 k., Marburg — 476 m. i 54 k., Münster — 284 m. i 25 k., Erlangen — 332 m. i 21 k., Monachjum — 2,041 m. i 327 k., Würzburg — 821 m. i 81 k., Lipsk — 708 m. i 74 k., Tübingen — 489 m. i 82 k., Fryburg — 853 m. i 205 k., Heidel-

berg—528 m. i 115 k., Jena—423 m. i 85 k., Bonn—152 m. 28 k. (Z-che R. 9 r. ub).

= **Odmowa zezwolenia.** W wykazie specyfików farmaceutycznych, na których obrót odmówiono zezwolenia przez Min. Zdr. Publ., wymieniono: 1) „Dentalgin" Warsz. Tow. Akc. Towar. Aptek. Spiess i Syn w Warszawie (środek od bólu zębów). 2) „Dentodol" wyr. tegoż T-wa (płukanie).

= **Okólnik Ministerstwa Zdrowia Publ. w sprawie chloroformu do narkozy.** W jednym ze szpitali zdarzył się wypadek zatrucia chloroformem, użytym do narkozy. Rezultat analizy chloroformu, znajdującego się w szpitalu a pochodzącego z rozmaitych źródeł, wykazał, że nawet chloroform z etykietami „do narkozy" jest zanieczyszczony i pod żadnym pozorem nie może być używany do tego celu. W danym wypadku zostało to stwierdzone odnośnie chloroformu z etykietami: 1) „chloroformium purissimum pro narcosi Galen" (po rosyjsku), chemiczno-farmaceutyczne laboratorjum Galen — Moskwa. 2) „Chloroform U. S. P. por Anaesthesia Contanis abont 1 for cent Alcohol Powers-Weightman-Rosengarten Co. Philadelphia. 3) Chloroform U. S. P. por Anaesthesia Mallinckrodt chemical Works. St. Louis New-York.

Wobec powyższego poleca się zobowiązać hurtowe składy materjałów aptecznych, aby chlorofurmu, pochodzącego z tych źródeł, nie dostarczały w razie otrzymania zamówienia na chloroform do narkozy. Ministerstwo przypomina w związku z powyższem, iż należy polecić zarządzającym aptekami, aby szczególniejszą zwracali uwagę na badanie dobroci chloroformu i że są odpowiedzialni za sprzedaż artykułów leczniczych, nie odpowiadających wymaganiom obowiązującej farmakopei bez względu na to, czy sprzedają je w swoich naczyniach, czy też w opakowaniu fabrycznem. (Podp. w z. *Bujalski*, podsekretarz stanu).

= **„Odo"**. Pod tą nazwą puszczone zostały do handlu: pasta do zębów aromatyczna, pasta do obuwia przetłuszczona, zaprawa do podłóg i ultramaryna. „Wszystkie powyższe artykuły w najlepszym gatunku" wyrabia I Warszawska Fabryka Techno-Chemiczna, reprezentanci: W. Mikulski i Ska, Wilcza 14a.

Widzimy, jak racjonalnie postawiona jest fabrykacja „pokrewnych" artykułów. Pożądanem byłoby, aby fabrykanci wydali specjalne okólniki ostrzegające dla sprzedawców, by przez omyłkę nabywca nie czyścił zębów zamiast proszkiem bielącym—pastą do butów, zaprawą do podłóg lub ultramaryną...

= **„Kalzan"** — preparat wapniowy, zalecany przez prof. Emmericha i Loewa; środek odżywczy, regulujący przemianę materji. Wyrab. w tabletkach; każda zawiera 0,5 grm. calcium - natrium - lacticum Chemische Fabrik Johann S. Wülfing, Berlin S. W. 48, Friedrichstrasse 231.

= **„Cedeform"** — środek przeciwgnilny dla celów dentystycznych (jako płukanie i do wyjaławiania narzędzi. „Apis"—Wien I Bez. Getreidemark 14.

= **„Zincup“**—nowy cement Ash'a wyrabiany w sześciu barwach.

= **„Środe“ skuteczny od bólu zębów.** Dr. Montconbier (La Semaine Dentaire nr. 52 roczn. II), opisując różne środki zalecane do powyższych celów w ww. XVI i XVIII, wzmiankuje o gorąco zalecanym środku: „należy dwa razy dziennie płukać usta własnym moczem“. Czy skutek był dobry, niewiadomo.

= **Doktorat dentystyki** wprowadził uniwersytet królewski w Belfaście (Irlandja), otworzywszy niedawno wydział dentystyczny (Z. R. 37.XXX).

= **Pismo dentystyczne** zaczęło wychodzić w Urugwayu (Ameryka Południ.) p. t. „Revista Dental“ jako organ T-wa lekarzy-dentystów w tem mieście; redaktorem jest dr. Alejandro Lamas.

= **Zezwolenie.** Zarejestrowane zostały zgodnie z art. 5 rozporządzenia Min. Zdrowia Publ. w przedmiocie wyrobu i obrotu specyfików farmaceutycznych (Dz. Ust. nr. 87 z r. 1921 poz. 640; Monitor Polski nr. 233 z r. 1922 i nr. 127 r. 1923): 1) Bromo-kamforowe krople od bólu zębów St. i K. Wągrowscy i A. Kadecz w Warszawie, 2) Krople amerykańskie od bólu zębów Warszawskiego Laboratorjum Chemicznego w Warszawie (nr. 1, nr. 2, nr. 3).



W redakcji naszego pisma jest do nabycia:

**KRAKOWSKI M.:**

**1) „Polskie Słownictwo Dentystyczne“.**

**2) „Rys ogólny sprawy miejscowego znieczulania przy wyjmowaniu zębów z uwzględnieniem nowych danych“.**

Pozostała niewielka ilość egzemplarzy.